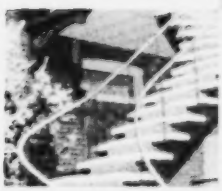
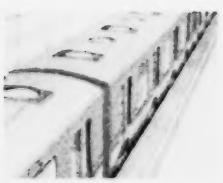
DOCUMENT
D'APPUI

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal



Québec



Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Document d'appui – est une production du service des communications de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Éditeur
Louis Côté
Directeur de l'information et de la planification

Rédaction
Louis Côté
Michèle Bérubé
Carole L'écuyer
Nicole Guinard

Collaboration à la rédaction
Loraine Desjardins
et toutes les directions de l'Agence

Cartographie
Marc Bourguignon

Édition
Évelyne Joyal

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9
(514) 286-6500

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89510-171-X

Ce document est disponible :

- aux services documentaires de l'Agence
  Téléphone : (514) 286-5604

- sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

DOCUMENT
D'APPUI

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

1. LA DÉMARCHE DE CONSULTATION 9

2. PROPOSITIONS RELATIVES AU DÉCOUPAGE TERRITORIAL, À LA COMPOSITION DES INSTANCES LOCALES ET À LA CRÉATION DES CMA 15

2.1 Le découpage territorial recommandé 15
2.2 La composition des centres de santé et de services sociaux 17
2.3 Les centres médicaux associés (CMA) 21

3. IMPACTS PRÉVISIBLES SUR LES PROGRAMMES-SERVICES 35

3.1 Santé publique 35
3.2 Services généraux – activités cliniques et d'aide 40
3.3 Services médicaux de 1re ligne en CLSC 42
3.4 Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 42
3.5 Déficience physique 44
3.6 Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) 45
3.7 Jeunes en difficulté (0-17 ans) 47
3.8 Dépendances 49
3.9 Problèmes sociaux montréalais 51
3.10 Santé mentale 52
3.11 Santé physique 54

4. LES PRINCIPALES MODALITÉS DE COLLABORATION 57

4.1 Les ententes existantes 57
4.2 Principaux corridors de services requis et acteurs concernés 61
4.3 Les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins 62
4.4 Les liens avec les RUIS 65

5. MAINTENIR ET AMÉLIORER LES PARTENARIATS STRATÉGIQUES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ MONTRÉALAISE 67

5.1 Le partenariat avec la Ville de Montréal, les commissions scolaires et les universités 67
5.2 Le partenariat avec les organismes communautaires 69
5.3 Les entreprises d'économie sociale 70

6. LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION 71

6.1 Le soutien à l'implantation et à la gestion des changements 71
6.2 La gouverne des centres de santé et de services sociaux 72
6.3 La participation des usagers et le respect de leurs droits 74
6.4 Information à la population, aux médecins et aux employés 74
6.5 De nouvelles approches régionales en matière de gestion 75

7. LES CONDITIONS DE RÉALISATION 81

7.1 L'injection de ressources additionnelles pour financer la stratégie d'implantation 81
7.2 Le maintien, pendant la période de transition, des ententes existantes 81
7.3 Le maintien, pendant au moins deux ans, de certaines fonctions régionalisées 81
7.4 L'introduction de mécanismes de protection et de sécurisation des renseignements personnels 82
7.5 Des actions concrètes pour maximiser la disponibilité de la main-d'œuvre 82
7.6 Des garanties d'accès aux services en langue anglaise 82

LEXIQUE 83

ANNEXE 1 - LA RÉGION DE MONTRÉAL

ANNEXE 2 - VERS UN NOUVEAU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL – PLAN DE TRAVAIL

ANNEXE 3 - LE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL – BALISES NATIONALE, CRITÈRES RÉGIONAUX

ANNEXE 4 - INDICATEURS DE SANTÉ SELON LES REGROUPEMENTS DES TERRITOIRES DE CLSC DE MONTRÉAL

ANNEXE 5 - INDICATEURS DE SANTÉ SELON LES REGROUPEMENTS DES TERRITOIRES DE CLSC DE MONTRÉAL

ANNEXE 6 - LES BALISES RÉGIONALES RELATIVES À L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DES SERVICES MÉDICAUX DE 1RE LIGNE, DU PROGRAMME DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT, DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER ET DU PROGRAMME DES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ

ANNEXE 7 – NORMES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX (OMS)

ANNEXE 8 - LES PROTOCOLES ET ENTENTES INTERÉTABLISSEMENTS DÉNOMBRÉS DANS LA RÉGION

ANNEXE 9 - PROPOSITION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LES CONTRATS ENTRE LES INSTANCES LOCALES ET LES CHSGS

ANNEXE 10 - CADRE DE RÉFÉRENCE POUR UNE ENTENTE ENTRE LE CSSS ET LE CMA

ANNEXE 11 - LIENS ANTÉRIEURS ARRONDISSEMENTS-CLSC VERSUS LIENS PROPOSÉS ARRONDISSEMENTS-CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

ANNEXE 12 - LE MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

Introduction

Le 18 décembre 2003, le gouvernement du Québec sanctionnait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21). Le 30 janvier 2004, l'Agence de Montréal est officiellement créée et les membres du conseil d'administration sont nommés.

Depuis, l'Agence exerce tous les pouvoirs, fonctions et devoirs exercés jusque là par la Régie régionale de Montréal-Centre. Elle a, en outre, le mandat d'implanter, sur son territoire, une nouvelle organisation de services fondée sur le concept de réseaux intégrés. Plus particulièrement, l'Agence doit proposer, d'ici le 30 avril 2004, un modèle d'organisation constitué de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont le nombre et les composantes étaient à déterminer selon des balises nationales et des critères régionaux.

Cette proposition est décrite dans le présent document.

Le conseil d'administration

M. Alban ASSELIN
Dr Louis BOUCHARD
Mme Clémence BRUNETTE-MALLETTE
Mme Christine A. CARRON
M. Jacques DESMARAIS
Dr Victor C. GOLDBLOOM
M. Michel GRAVEL
M. Jean-Vianney JUTRAS
Mme Élisabeth KHABAR-DEMBIL
M. YVON LAMARRE
Mme Ann LANGLEY
M. Pierre Thomas LÉGER
Mme Josée PRUD'HOMME
Mme Nicole ROUILLIER
Mme Renée VOISARD
ainsi que
M. David LEVINE, président-directeur général

Intégrer pour améliorer

La création des centres de santé et de services sociaux par le regroupement des forces combinées des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des hôpitaux locaux est un des moyens d'intégration retenus pour améliorer la continuité et la qualité des services en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. L'intégration des services n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'en améliorer la qualité tout en assurant l'équité dans l'accès de la population à la santé et au bien-être.

Santé et bien-être de la population	← **Qualité :** accès satisfaction efficience efficacité (Résultats)	← **Continuité :** (vécue par les professionnels et les patients)	← **Intégration des services :** vision modèle stratégie

***Source* : OMS** [24]

[1] *Trends in Integrated Care - Reflections on Conceptual issues*, Gröne, O. & Garcia-Barbero, M., WHO, European Office for Integrated Health Care services

Cette vision de l'intégration correspond à la définition classique proposée par Shortell et al [2] :

« ... *Un réseau de services intégrés est un réseau d'organisations qui disposent ou prennent des arrangements pour que soit dispensé un continuum de services à une population définie et qui acceptent d'être tenus cliniquement et financièrement responsables des résultats des services et de l'état de santé de la population desservie...* »

La démarche de consultation ayant entouré son élaboration est d'abord résumée.

Suivent les propositions de l'Agence concernant le découpage territorial, la composition des instances locales et la mise en place des centre médicaux associés, ou CMA (chapitre 2), les programmes-services (chapitre 3), les modalités de collaboration (chapitre 4), le développement de partenariats stratégiques à Montréal (chapitre 5) et la stratégie d'implantation (chapitre 6).

Les conditions de réalisation identifiées pendant le processus de consultation sont décrites en conclusion (chapitre 7). On notera que les avis, commentaires et mémoires reçus font l'objet d'un rapport indépendant. Ce document intitulé « *Rapport de consultation* » sera transmis au ministre avec la proposition de l'Agence. On peut en obtenir copie sur le site de l'Agence ou, sur demande en téléphonant au (514) 286-5604.

[2] *Remaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems*, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan Erickson K, Mitchell JB, San Francisco, California : Jossey-Bass Pubishers, 1996

1. La démarche de consultation

Prenant en compte les caractéristiques de la région et du réseau de la santé et de services sociaux montréalais (annexe 1), les balises nationales soumises par le Ministère et les résultats de la préconsultation auprès des établissements de santé et de services sociaux, l'Agence a proposé à la consultation générale :

De créer 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal.

La clé d'une meilleure accessibilité des services réside dans la création de 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur l'Île de Montréal. La mise en œuvre de chacun des 12 réseaux locaux est assurée par le regroupement des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que des hôpitaux œuvrant sur le territoire. Ces réseaux sont coordonnés par de nouvelles entités que nous proposons de nommer *« centres de santé et de services sociaux »*.

Dès le dépôt du projet de loi 25 et en concertation avec ses principaux partenaires, l'Agence de Montréal a entrepris de définir le processus d'élaboration du plan d'organisation des services qui lui serait demandé au lendemain de l'adoption de la nouvelle loi. Les personnes et groupes énumérés à la suite ont participé à cet exercice qui s'est conclu par l'adoption d'un plan de travail en quatre étapes (annexe 2).

à l'externe

- les établissements montréalais;
- les regroupements d'établissements;
- les RUIS
- les regroupements d'organismes communautaires;
- les associations professionnelles;
- les élus locaux;
- les représentants de la Ville de Montréal.

à l'interne

- les cadres et le personnel de l'Agence;
- le DRMG;
- les commissions régionales : CMR, CMUR, CIR;
- le Forum de la population;
- le Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise;
- le Comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration;
- le conseil d'administration.

À la fin janvier 2004, soit dès la création de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la nomination des membres de son conseil d'administration, la deuxième étape du plan de travail a été mise en œuvre. De très nombreuses rencontres et une tournée sous-régionale ont été menées afin de définir la proposition qui serait par la suite soumise à la consultation publique. Cette proposition a été rendue publique à la fin février 2004 dans un document de consultation et un document d'appui [3] qui furent largement diffusés, en français et en anglais, au sein du réseau et chez les partenaires de l'Agence.

---

[3] *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Document d'appui, Février 2004, 89 p. - Document de consultation,* Février 2004, 16 p. (également, en version anglaise) disponibles sur le site Internet de l'Agence http://www.santemontreal.qc.ca

Les activités de consultation publique – trois journées d'audiences publiques, onze assemblées publiques dans les quartiers, une table ronde des partenaires, trois forums thématiques et des rencontres bilatérales – se sont tenues entre le 27 février et le 6 avril. Au total, 149 avis écrits ou mémoires ont été reçus, 42 participants ont été entendus en audiences publiques et plus de 1800 personnes ont assisté aux assemblées publiques.

Les avis et commentaires exprimés ont été résumés dans un rapport intitulé « *Rapport de consultation* », dont les faits saillants sont repris dans l'encadré ci-contre.

La consultation : faits saillants

Des objectifs louables
Peu d'organisations et de citoyens se sont levés contre les objectifs d'intégration des services de santé et des services sociaux.

Le rejet du projet de loi 25
Plusieurs organisations et citoyens se sont inscrits en faux contre l'implantation du projet de loi 25 estimant que le réseau n'a pas besoin d'une réforme de structures, mais d'argent neuf et de personnel soignant. La très grande majorité des travailleurs du milieu de la santé qui se sont exprimés craignent la fragilisation du réseau, le désengagement de l'État et la privatisation.

D'autres favorisent la mise en place des services intégrés à l'aide d'ententes de services plutôt qu'avec la fusion forcée des établissements. Plusieurs croient qu'une telle réorganisation se prête mal au territoire montréalais, en raison de ses particularités de grand centre urbain. On se demande comment les fusions d'établissements amélioreront les services à la population.

L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) et la Conférence de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) de Montréal considèrent que le projet de loi 25 améliorera l'efficacité du système de santé à Montréal en éliminant le fonctionnement des établissements par silo.

Le regroupement territorial
Plusieurs organisations sont en faveur du découpage proposé par l'Agence. Quant au Centre-Ouest, il semble que les deux hypothèses proposées récoltent un nombre équivalent d'appuis.

De façon générale, on considère la taille des territoires proposés trop grande qualifiant les futurs centres de santé et de services sociaux de « méga-structures ». On craint des impacts négatifs sur les ressources humaines et sur le sentiment d'appartenance aux organisations. Le manque d'équité de services entre les territoires est soulevé et on juge que cela pourrait entraîner plus de mobilité des bénéficiaires. Aussi, une meilleure harmonisation avec les découpages territoriaux déjà existants est souhaitée.

L'inclusion des hôpitaux et la place de la prévention
Plusieurs CLSC et groupes du milieu communautaire appréhendent l'approche curative que pourrait prendre la réforme au détriment de l'approche préventive. Ils craignent que l'inclusion d'hôpitaux déficitaires pénalise les établissements plus petits qui verraient leurs budgets grugés par les centres hospitaliers. Les CLSC redoutent de perdre leur mission sociale et ont critiqué le manque de clarté de l'Agence quant à la place qu'elle compte donner à la prévention.

Les associations regroupant les CLSC et les CHSLD de Montréal rejettent la proposition de fusion avec les hôpitaux et suggèrent la fusion entre CLSC et CHSLD uniquement.

Ceux qui militent en faveur de l'inclusion des hôpitaux croient que sans ces derniers, le fonctionnement en silo se poursuivrait, la prise en charge des patients serait moins efficace et la continuité des services, limitée.

Des établissements demandent leur retrait des centres de santé et de services sociaux (CSSS)
Plusieurs établissements du réseau demandent d'être exclus de la composition des CSSS en raison de la spécificité de leur clientèle, de la spécialisation de leurs services, ou de leur mandat régional ou suprarégional.

La gouverne des centres de santé et de services sociaux
Plusieurs organisations s'inquiètent du fait que les membres des conseils d'administration des CSSS soient nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles se questionnent entre autres sur leur degré d'imputabilité. Certains proposent que chaque conseil d'administration soit composé d'un membre de chaque établissement fusionné et d'autres proposent qu'il y ait parité de mission. On déplore aussi le fait qu'il n'y ait aucune représentation citoyenne à ces conseils d'administration. On parle de « déficit de participation démocratique ».

La Commission scolaire de Montréal et la Ville de Montréal, comme d'autres groupes, ont manifesté leur désir de participer à l'administration des centres de santé et services sociaux.

Les centres médicaux associés (CMA)
L'implantation des CMA est bien accueillie par le milieu. Toutefois, des interrogations subsistent quant à la nature de leur financement.

Les organismes communautaires
Tout en s'alliant aux objectifs de la réforme, les groupes communautaires craignent que leur mission, leur autonomie et leur financement ne soient pas assurés. Ils ont peur de perdre les liens qui les unissent à leur communauté.

Les groupes rejettent d'emblée le mode de financement des établissements selon l'approche populationnelle-programme. Ils craignent d'être amenés à « sous-traiter » et ne veulent pas être contraints de s'ajuster à ces programmes pour obtenir leur financement. Ils souhaitent que la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) demeure au niveau régional.

D'autre part, les organismes déplorent le manque de clarté quant aux orientations que prendra le ministère de la Santé et des Services sociaux après la période de transition de deux ans vers les réseaux locaux.

La liberté de choix
Les organisations et les citoyens ont demandé à l'Agence l'assurance, pour le patient, d'une réelle liberté de choix du médecin et du lieu de traitement.

L'informatisation
Tout en approuvant le projet d'informatisation, autant les organisations de santé que les citoyens réclament que soit garantie la confidentialité des dossiers des usagers. On insiste sur la nécessité d'investissements adéquats pour assurer l'informatisation du réseau.

N.B. La version intégrale du rapport de consultation se trouve sur le site web de l'Agence : *www.santemontreal.qc.ca*

En conclusion, selon le Forum de la population, la consultation semble démontrer que, malgré la reconnaissance que les objectifs de la réforme sont louables. Il existe une forte opposition et/ou inquiétude chez la majorité des personnes qui ont témoigné, tant les citoyens que les intervenants du réseau. Il y a absence d'adhésion de l'ensemble des travailleurs et travailleuses du milieu; les citoyens ne voient pas de liens entre la réorganisation du réseau et l'amélioration réelle des services; les délais pour la mise en œuvre d'une telle réforme apparaissent irréalistes.

Quelques commentaires retenus :

- La réorganisation aura comme effet un « déficit de participation démocratique » par l'abolition de différents conseils d'administration qui comptaient des postes réservés aux représentants de la population;

- La proposition gouvernementale n'offre pas de garanties quant aux ressources humaines, financières et technologiques nécessaires à l'implantation de cette réforme;

- Il s'agit d'une gestion « hospitalo-centriste » dans laquelle les besoins hospitaliers risquent de prédominer sur les autres services. On parle de culture de « déficit »;

- La promotion et la prévention de la santé pourraient en sortir perdantes. On assiste à un recul dans l'équilibre acquis entre le préventif et le curatif;

- Montréal perdra le modèle québécois des CLSC en tant que dispensateurs de services de proximité adaptés aux besoins des résidants des quartiers. Il est important de conserver leur mission communautaire;

- Les centres de santé et de services sociaux amènent de trop grosses structures, ce qui entraînera une perte de capacité de répondre rapidement aux besoins du milieu;

- La garantie de deux ans du financement des organismes communautaires n'est pas suffisante;

- La réforme pourrait amener la privatisation d'une partie des services;

- Il manque d'information sur les centres médicaux associés (CMA) : qui les choisira, quelles seront les normes de contrôle et à quel prix ?

- La nouveaux territoires ne correspondent pas à ceux des partenaires municipaux et autres;

- Un statut particulier et une exemption d'intégration aux réseaux locaux des établissements répondant à une clientèle ethnoculturelle sera-t-elle possible ?

- Avec cette réforme, le réseau de la santé pourrait malheureusement délaisser son implication dans le développement social et local des quartiers;

- L'amélioration des services ne peut se faire que dans le cadre d'une réorganisation liée à une stratégie de lutte à la pauvreté.

Suite aux résultats de la consultation, l'Agence a modifié sa proposition initiale et a ajouté certaines recommandations visant à améliorer son projet et à tenir compte des principales préoccupations. Ces recommandations portent notamment sur :

- le respect des caractéristiques socio-culturelles, ethno-culturelles et linguistiques des établissements et de la clientèle desservie : recommandations 2 et 5;
- l'assurance d'un meilleur équilibre dans la répartition des lits d'hébergement et de soins de longue durée : recommandation 4;
- le maintien et le renforcement des activités de promotion-prévention dans la mission des centres de santé et de services sociaux : recommandations 7 à 10;
- le maintien des ententes existantes : recommandation 11;
- la participation des médecins à la gouverne des centres de santé et de services sociaux : recommandations 12, 13;
- le partenariat avec la ville de Montréal et les commissions scolaires : recommandations 15, 16;
- le financement des organismes communautaires : recommandation 17;
- le soutien à l'implantation des centres de santé et de services sociaux : recommandation 19;
- la composition des conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux : recommandation 21;
- les mécanismes de participation des usagers et de respect de leurs droits : recommandation 22;
- l'importance de l'informatisation : recommandations 23 à 28.

2. Propositions relatives au découpage territorial, à la composition des instances locales et à la création des CMA

L'Agence propose de créer 12 réseaux locaux de santé et de services sociaux sur son territoire.

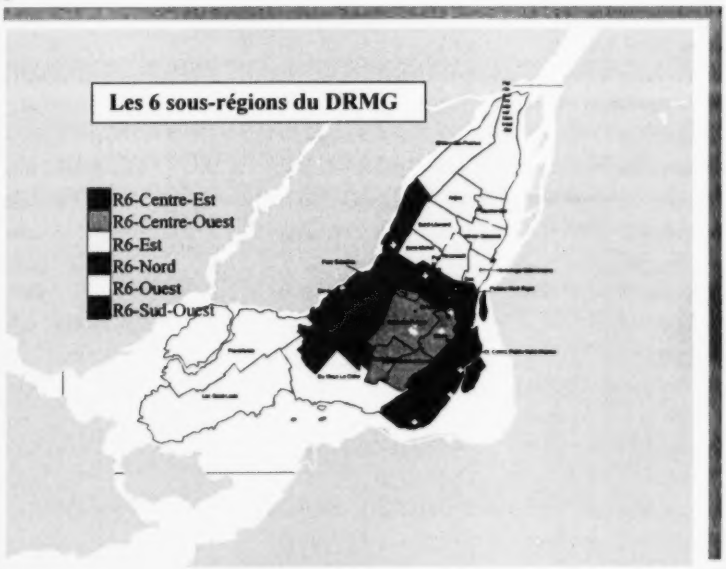
Ces réseaux seront sous la responsabilité d'autant d'instances locales, aussi appelées centres de santé et de services sociaux.

On notera que la proposition de l'Agence est conforme aux balises définies par le MSSS et qu'elle répond aux critères régionaux établis pour Montréal (annexe 3).

De même, lorsqu'une instance locale intègre les services d'un établissement reconnu, conformément à la Charte de la langue française, comme fournissant des services dans une langue autre que le français, elle doit continuer d'offrir ces services dans les installations dont elle est devenue responsable.

2.1 Le découpage territorial recommandé

Les six sous-régions actuelles définies par le Département régional de médecine générale (DRMG) - Ouest, Sud-Ouest, Centre-Ouest, Centre-Est, Est, Nord - ont servi de point de départ à la réflexion sur le découpage territorial à Montréal. Actuellement ce découpage sert de base à l'organisation des services médicaux de première ligne et à la coordination des activités du DRMG. C'est aussi sur cette base que la Direction de santé publique a procédé à l'évaluation de l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise[4].
Le découpage en six sous-régions n'a toutefois pas été retenu en raison des difficultés qu'il présente pour la formation d'instances locales.



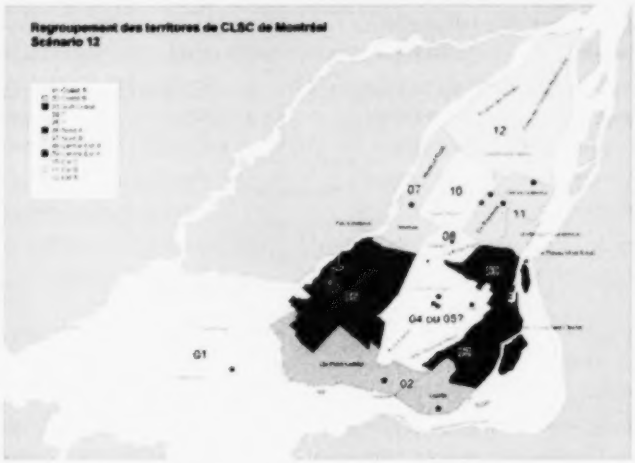
- La sous-région Est, avec 479 325 habitants et 17 institutions publiques à intégrer apparaît d'une taille trop importante. À titre de comparaison, , suite à la réforme du système de santé britannique en 2002, la ville de Londres est divisée en 5 régions de 1,4 à 1,8 million d'habitants, lesquelles sont subdivisées en instances locales regroupant de 120 300 personnes à 368 500 personnes. De même, Barcelone, ville de 1,5 million d'habitants, est subdivisée en 10 secteurs sociosanitaires couvrant de 89 000 à 249 000 personnes.

  Dans un système comparable à trois paliers (ministère, autorités régionales, organisations locales) et en milieu urbain, la taille maximale observée de la population d'une organisation locale est inférieure à 370 000 habitants.

[4] Cette évaluation a donné lieu à un rapport : « *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal* » publié en 2002.

La sous-région Sud-Ouest actuelle englobe les territoires de LaSalle et Verdun. Or, la fusion volontaire en 1995 des centres hospitaliers de Verdun et de LaSalle pour former le Centre hospitalier Angrignon n'a pas donné les effets escomptés et la défusion a été confirmée. Il apparaît donc difficilement envisageable de fusionner à nouveau des établissements au sein d'une même instance locale.

Lors de la consultation, les dix territoires proposés à l'exception du Centre-Ouest, ont été largement appuyés notamment à l'intérieur du réseau sociosanitaire. Cependant, l'Hôpital Jean-Talon considère que le territoire Villeray-Petite Patrie n'est pas assez populeux (103 965 personnes) et réitère le souhait que Rosemont lui soit ajouté de façon à inclure complètement l'arrondissement municipal Rosemont-Petite Patrie.



La Ville de Montréal et les commissions scolaires auraient souhaité que le découpage se rapproche davantage de leurs propres découpages. Aucune proposition précise n'a toutefois été soumise en ce sens.

Dans le cas du Centre-Ouest, la consultation a démontré que les principaux établissements concernés (CLSC NDG/Montréal Ouest, CLSC René-Cassin, CH de réadaptation Richardson, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC Parc Extension) préfèrent l'hypothèse 1 prévoyant de regrouper les territoires de NDG/Montréal-Ouest et René-Cassin d'une part, et Côte-des-Neiges et Parc Extension, mais sans inclure le CLSC Métro, d'autre part. Le CLSC Métro, quant à lui, a exprimé qu'il préférait se rattacher au secteur NDG-Montréal-Ouest. L'hypothèse 2 a recueilli l'appui d'autres organismes comme le CHSLD Father Dowd, St-Andrew et St. Margaret et l'Hôpital Catherine Booth. En définitive, l'Agence recommande de retenir le scénario 1.

Recommandation 1

L'Agence recommande :
de créer 12 centres de santé et de services sociaux regroupant les territoires de CLSC suivants :

- **Pierrefonds et Lac Saint-Louis;**
- **LaSalle et du Vieux Lachine;**
- **Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Clinique communautaire Pointe Saint-Charles;**
- **Notre-Dame-de-Grâces/Montréal-Ouest et René-Cassin;**
- **Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension;**
- **Nord-de-l'île et Saint-Laurent;**
- **Ahuntsic et Montréal-Nord;**
- **La Petite Patrie et Villeray;**
- **Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc;**
- **Saint-Léonard et Saint-Michel;**
- **Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont;**
- **Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.**

Cette recommandation s'appuie, pour la partie Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et René-Cassin, sur le fort consensus existant entre les deux CLSC, le Centre hospitalier de réadaptation Richardson, les institutions d'hébergement et de soins de longue durée de la communauté juive et les organismes locaux.

Pour ce qui est du territoire formé de Côte-des-Neiges, Parc Extension et Métro, il apparaît cohérent compte tenu du caractère multiculturel de la population à desservir et de la communauté de pratique existant entre les trois CLSC. De plus, les dirigeants des CLSC Côte-des-Neiges et Parc Extension ont formellement indiqué leur accord à se regrouper.

En ce qui a trait à la demande de l'Hôpital Jean-Talon d'agrandir le territoire pour disposer d'un bassin de desserte plus populeux, il appert que ce bassin de desserte comptant 107 965 habitants est viable. En effet, les bassins de desserte hospitaliers ne sont pas confinés au découpage géographique proposé car la liberté de choix des citoyens est toujours maintenue. Aussi, il est à noter que durant la dernière décennie, le bassin de desserte de l'Hôpital Jean-Talon variait de 54 000 à 63 000 habitants [5]. Enfin, ce territoire est plus populeux que la plupart des territoires proposés dans les autres régions et comparable à d'autres territoires montréalais (René-Cassin/NDG-Montréal-Ouest : 117 655).

2.2 La composition des centres de santé et de services sociaux

Les résultats de la consultation et une analyse serrée de la loi, des balises nationales et des critères régionaux, ont amené l'Agence à introduire dans sa recommandation finale des changements substantiels à la proposition initiale quant aux établissements à fusionner pour créer les 12 centres de santé et de services sociaux proposés.

2.2.1 Des centres d'hébergement et de soins prolongés ayant un mandat suprarégional auprès des communautés culturelles

Un certain nombre d'institutions d'hébergement et de soins de longue durée, déjà reconnus en vertu de la Charte de la langue française comme devant offrir des services dans une autre langue que le français, ont fait valoir :

- que le maintien des caractéristiques de ces milieux de vie nécessitait le maintien de l'autonomie des établissements au plan de la gestion des ressources humaines et de l'implication de leur communauté par le biais des conseils d'administration;
- que ces centres n'avaient pas une vocation locale mais suprarégionale.

[5] *Info-Bassins*, Service de l'analyse statistique, MSSS, avril 1999

Recommandation 2

L'Agence recommande :

- que l'Hôpital Chinois de Montréal, l'InstituCanadien-Polonais du Bien-Être, le Centre hospitalierMont-Sinaï, le Centre hospitalier gériatrique Maimonides et le CHSLD juif de Montréal ne soient pas identifiés comme devant faire partie d'un centre de santé et de services sociaux;
- que le Centre hospitalieMont-Sinaï, le Centre hospitalier gériatrique Maimonides et le CHSLD juif de Montréal soient intégrés sous un même conseil d'administration, qu'ils soient désignés comme ayant une vocation suprarégionale et soient associés au centre de santé et de services sociaux de leur territoire local;
- que l'Hôpital Chinois de Montréal et l'InstituCanadien-Polonais du Bien-Être demeurent des établissement autonomes, qu'ils soient désignés comme ayant une vocation suprarégionale et soient associés au centre de santé et de services sociaux de leur territoire local.

2.2.2 La désignation des centres hospitaliers de réadaptation spécialisés en déficience physique

La proposition initiale de l'Agence recommandait que chaque centre de santé et de services sociaux ait la capacité de se doter d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en santé physique, soit en intégrant un centre hospitalier de réadaptation (CHR) ou un CHSLD déjà pourvu du plateau technique et des ressources requises, soit en faisant évoluer en ce sens l'une de ses installations.

Pour ce qui est des services de réadaptation en déficience physique, il était prévu qu'ils demeureraient concentrés dans deux centres hospitaliers de réadaptation dont l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM). Ces services sont actuellement morcelés et répartis dans cinq CHR. Seul l'Institut de réadaptation de Montréal est déjà désigné pour offrir des services spécialisés de réadaptation en déficience physique.

La proposition de l'Agence permet de concentrer les programmes et d'assurer la présence de masses critiques suffisantes tout en conservant la flexibilité et la capacité d'intervention et en respectant le contexte linguistique et culturel de Montréal. On notera ici que le rôle de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, un centre privé conventionné, est maintenu, notamment en matière de réadaptation des grands brûlés.

Recommandation 3

L'Agence recommande :

- de créer un réseau hospitalier d'expertise en déficience physique formé de deux pôles principaux, soit l'Institut de réadaptation de Montréal et l'Hôpital de réadaptation Lindsay;
- de redéfinir la mission de l'Hôpital de réadaptation Lindsay en complémentarité avec celle de l'Institut de réadaptation de Montréal;
- d'adapter l'offre de services de l'Hôpital de réadaptation Lindsay pour répondre aux exigences du programme de réadaptation en déficience physique.

2.2.3 Un meilleur équilibre dans la répartition des lits d'hébergement et de soins de longue durée

La proposition initiale répartissait les lits d'hébergement et de soins de longue durée en fonction de la localisation actuelle des établissements avec certaines exceptions comme l'inclusion du CHSLD Grace Dart dans le Centre-Ouest et de la Résidence Auclair, du CHSLD Mance-Décary, dans le territoire Villeray-Petite Patrie. Le ratio de lits par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus y était basé sur des données brutes et ne tenait pas compte de données importantes, telles que le taux standardisé d'hébergement, le niveau d'intensité des services par lit en heures-soins et les mandats régionaux.

Une analyse plus fine des données a amené l'Agence à introduire des ajustements à sa proposition initiale afin d'assurer un meilleur équilibre entre les besoins et les ressources disponibles en matière d'hébergement et de soins de longue durée (voir annexe 4 pour la méthode utilisée).

Recommandation 4

L'Agence recommande :

- d'intégrer le CHSLD Les Havres à l'instance locale du territoire Saint-Michel/Saint-Léonard et d'associer 96 de ses lits au territoire Villeray/La Petite Patrie;
- d'associer chacun des CHSLD privés-conventionnés de la région avec le centre de santé et de services sociaux du territoire où ils sont situés sauf :
  - le CHSLD Bourget, qui serait associé au territoire 11 (Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont) plutôt qu'au territoire 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est);
  - une partie des lits du Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin (100 lits) qui serait associé au territoire 10 (Saint-Léonard et Saint-Michel) plutôt qu'au territoire 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est);
  - le Centre d'hébergement Saint-Georges, qui déménage prochainement dans le Centre-Ouest et qui serait associé au territoire 8 (La Petite Patrie et Villeray);
  - le CHSLD Vigi Santé (CHSLD Reine Elizabeth) qui serait associé au territoire 1 (Pierrefonds et Lac Saint-Louis) plutôt qu'au Centre-Ouest;
- d'associer le Centre de soins prolongés Grace Dart dans le Centre-Ouest par son intégration au Centre universitaire de santé McGill plutôt que par fusion au sein du centre de santé et de services sociaux.

2.2.4 L'exclusion d'hôpitaux additionnels

L'Hôpital Santa Cabrini

L'évaluation du bassin de desserte de l'Hôpital Santa Cabrini révèle qu'une concentration aussi importante de ses usagers provient d'un autre territoire de référence que de son territoire local. En effet, l'hôpital dépend à 23,1 % de son territoire local et à 23,8 % du territoire Rivière-des-Prairies/Mercier-Est/Anjou/Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est.

L'hôpital est, en outre, reconnu en vertu de la Charte de la langue française, comme devant livrer ses services en italien et en français. Or, la communauté italienne, qui compte près de 300 000 personnes, présente des concentrations importantes dans d'autres territoires que Saint-Michel/Saint-Léonard.

Ainsi, la fusion de l'Hôpital Santa-Cabrini avec les CLSC-CHSLD Saint-Michel, le CLSC Saint-Léonard et le CHSLD Les Havres ne le rattacherait pas à une instance de même nature au plan de la

responsabilité linguistique et culturelle face à l'ensemble de la communauté italienne, telle que la reconnaît la Charte de la langue française.

En conséquence, en appliquant les critères régionaux 3.2 et 3.3, l'Agence conclut que l'Hôpital Santa Cabrini devrait être exclu du centre de santé Saint-Michel/Saint-Léonard, en vertu de l'article 26, compte tenu de l'étendue de son bassin de desserte en relation avec ses responsabilités linguistiques et culturelles face à l'ensemble de la communauté italienne.

Le Centre hospitalier de St-Mary

L'Agence prévoit que le Centre hospitalier de St-Mary agira comme hôpital de 1re instance pour les deux centres de santé et de services sociaux du Centre-Ouest.

Pour assumer cette responsabilité, l'établissement devra former un consortium avec l'Hôpital général Juif et le Centre universitaire de santé McGill. À cette fin, ces trois hôpitaux, dont les bassins de desserte se superposent dans ces territoires, devront convenir, par contrat, du partage du soutien qu'ils apporteront aux centres de santé et de services sociaux dans la réalisation de leur mission. Ainsi, les habitudes de consommation hospitalière de cette population seront respectées par la création du consortium hospitalier.

En conséquence, la participation du Centre hospitalier de St-Mary au consortium entraîne un niveau de complexité tel qu'il est jugé à propos de ne pas intégrer le Centre hospitalier de St-Mary au centre de santé et de services sociaux.

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Outre sa mission universitaire, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a une double mission, celle d'un centre hospitalier et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Sa localisation géographique dans le territoire 5 l'amènerait à se fusionner avec des établissements qui sont tous reconnus en vertu de la Charte de la langue française et désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en langue anglaise. Pour sa part, l'Institut n'est ni reconnu, ni désigné et aucun de ses services n'est indiqué car il offre ses services à une clientèle francophone.

En conséquence, en appliquant les critères régionaux 3,2 et 3,3, l'Agence préconise que l'Institut devrait être exclus du centre de santé et de services sociaux Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension, en vertu de l'article 26, de façon à respecter les caractéristiques linguistiques et culturelles de la clientèle qu'il dessert.

Recommandation 5

L'Agence recommande :

Conformément aux dispositions de l'article 26 de la loi (2003, chapitre 21) et aux balises nationales, de ne pas inclure dans un centre de santé et de services sociaux :

- **l'Hôpital Santa Cabrini**
- **le Centre hospitalier de St-Mary**
- **l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal mais de l'associer au territoire Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension et que le Ministre développe un modèle, lors de la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, permettant d'assurer la pérennité de la mission universitaire de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de déplacer vers les réseaux locaux les services d'hébergement et de soins de longue durée qui appartiennent aux services de base.**

2.3 Les centres médicaux associés (CMA)

En plus des 12 centres de santé et de services sociaux, l'Agence propose de doter, dès la première année, chacun des 12 territoires d'au moins un centre médical associé (CMA) qui offrira des services médicaux avec et sans rendez-vous de 8 heures à 22 heures, 7 jours par semaine. Les CMA rendront accessibles aux omnipraticiens du territoire les plateaux techniques appropriés (laboratoire, imagerie) pour des tests urgents. De plus, ils assureront la prise en charge des clientèles vulnérables et la liaison avec les programmes pertinents du centre de santé et de services sociaux.

Recommandation 6

L'Agence recommande :

- de mettre sur pied un centre médical associé (CMA) par 50 000 habitants;
- de doter chacun des territoires d'au moins un CMA dès la première année.

2.4 Portrait sommaire des 12 centres de santé et de services sociaux à Montréal

01 : Centre de santé et de services sociaux de Pierrefonds et Lac Saint-Louis

Instance
- Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger (125) **
- CLSC Lac Saint-Louis **
- CLSC Pierrefonds *
- Hôpital général du Lakeshore **

Associés
- CHSLD Bayview (128)
- Vigi Santé
  - CHSLD Dollard-des-Ormeaux (160)
  - CHSLD Pierrefonds (64)
  - CHSLD Reine-Élizabeth (150)

- Population : 204 645
- Ressources CHSLD :
  - lits : 627
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 0
- Lits de réadaptation : 0

Langue d'expression
- Français : 37.8 %
- Anglais : 61.3 %
- Autres : 1.0 %

Budget : 122 957 967 $
Ressources humaines : 1775
CMA potentiels : 2

- **Hôpital local :**
  Hôpital Général du Lakeshore
  - Dépendance 60,3 %
- **Habitudes population :**
  - *soins surspécialisés*
    - 52.1 % CUSM
    - 19.9 % HGJ
  - *soins généraux*
    - 42.8 % Lakeshore
    - 19.7 % CUSM

Autres particularités du territoire 1 (voir détails à l'annexe 5)

Sociodémographiques	Le territoire compte le plus grand nombre de jeunes 0-18 ans : 52 455 jeunes, soit 25,6 % de sa population. Un pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus se trouvant sous la moyenne du territoire montréalais : 12 % de sa population, 24 560 personnes. Le nombre et le pourcentage de personnes à faible revenu sont les plus bas de la région.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est supérieure à la moyenne régionale autant pour les hommes (78,6 ans) que pour les femmes (82,8 ans). Le taux de mortalité et l'incidence du cancer y sont inférieurs ou comparables. Les problèmes sociaux sont inférieurs à la moyenne sauf pour l'externalisation des 0-17 ans qui est comparable à la région.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique et en santé mentale sont inférieures à la moyenne montréalaise. Le taux d'hébergement est le plus bas et le soutien à domicile est comparable.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des lits de réadaptation en santé physique. Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
	Plateau technique : la résonance magnétique

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

02 : Centre de santé et de services sociaux de
LaSalle et du Vieux Lachine

Instance
- Centre d'accueil LaSalle (202) *
- Centre hospitalier de LaSalle (115)
- CLSC du Vieux Lachine *
- Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval (428) *
- Centre hospitalier de Lachine (143) *

Associé
- CHSLD Bussey (Québec) (42)

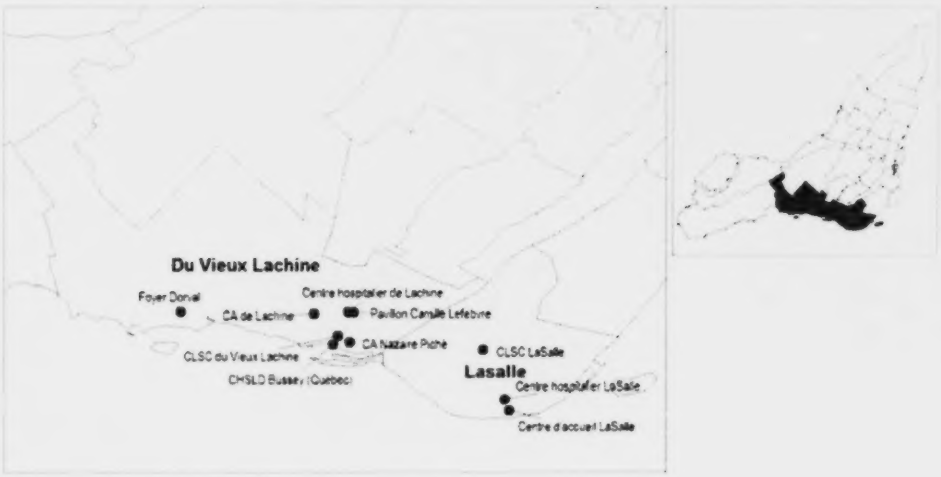
- Population : 131 855
- Ressources CHSLD :
  - lits : 930
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 0
- Lits de réadaptation : 0

Langue d'expression
- Français : 57,1 %
- Anglais : 41,4 %
- Autres : 1,6 %

Budget : 123 956 548 $
Ressources humaines : 2344
CMA potentiels : 2

- **Hôpitaux locaux :**
  LaSalle et Lachine
  - Dépendance 37,4 % LaSalle
    44,6 $ Lachine

- **Habitudes population :**
  - *soins surspécialisés*
    - 49,2 % CUSM
    - 22,8 % CHUM
  - *soins généraux*
    - 31,2 % LaSalle
    - 17,1 % CUSM
    - 15,0 % Lachine



Autres particularités du territoire 2

Sociodémographiques	19,1 % de sa population a moins de 18 ans et 17,5 % a 65 ans et plus. 23,2 % des personnes vivent avec un faible revenu.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie à la naissance est comparable à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Le taux de mortalité est supérieur pour les décès provoqués par des maladies de l'appareil circulatoire et par le cancer du poumon en comparaison aux taux montréalais. Les jeunes 0-17 ans en externalisation sont en plus grand nombre. Les autres problèmes sociaux se situent dans la moyenne régionale.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique sont comparables alors que les admissions en santé mentale et en hébergement ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile, sont sous la moyenne de la région.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des lits de réadaptation en santé physique. Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
	Plateau technique : la résonance magnétique

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

03 : Centre de santé et de services sociaux de Verdun-Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles

Instance

- Centre d'accueil Louis-Riel (100)
- Centre d'accueil Réal-Morel (148)
- Centre hospitalier de Verdun (12)
- CHSLD Champlain - Manoir de Verdun (416)
- CLSC Saint-Henri *
- CLSC Verdun / Côte Saint-Paul *
- Résidence Yvon-Brunet (185)
- Résidences Mance-Décary
  - Pavillon des Seigneurs (CHSLD) (180)
  - Pavillon Saint-Henri (CHSLD) (240)

Associé

- Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

- Population : 129 580
- Ressources CHSLD :
  - lits : 1141 + 128
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 128
    - déficience intellectuelle : 32
    - unité spécifique : 96
- Lits de réadaptation : 27

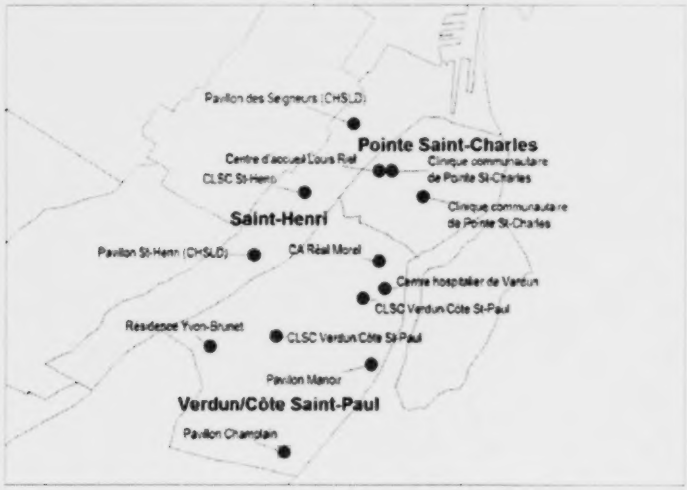
Langue d'expression

- Français : 73,1 %
- Anglais : 25,7 %
- Autres : 1,2 %

Budget : 165 518 328 $
Ressources humaines : 3810
CMA potentiels : 5

- **Hôpital local :**
  Centre hospitalier de Verdun
  - Dépendance 68 %
- **Habitudes population :**
  soins surspécialisés
  - 44,2 % CUSM
  - 26,0 % CHUM

  soins généraux
  - 32,2 % Verdun
  - 19,0 % CUSM



Autres particularités du territoire 3

Sociodémographiques	18,5 % de sa population a entre 0 et 18 ans : 23 980 jeunes. 15,4 % a 65 ans et plus : 19 930 personnes. Avec 35,9 %, le territoire affiche le plus haut pourcentage de personnes à faible revenu de la région montréalaise : 45 695 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est inférieure à la moyenne régionale autant pour les hommes (72,3 ans) que pour les femmes (79 ans). Le taux de mortalité est supérieur à celui de la région pour les décès causés par les tumeurs, par les affections de l'appareil circulatoire et respiratoire, par le cancer du poumon et par le suicide. Les problèmes sociaux dépassent la moyenne de la région sur plusieurs aspects : chômage, victimisation et externalisation des 0-17 ans ainsi que les grossesses à l'adolescence.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement ainsi que l'utilisation des services en soutien à domicile, sont tous au-dessus de la moyenne.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des places en RTF et RI pour les personnes âgées
	Le plateau technique est complet.

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

04: Centre de santé et de services sociaux de
René-Cassin et NDG / Montréal-Ouest

Instance
- Centre hospitalier Richardson (125) **
- CLSC N.D.G./Montréal-Ouest **
- CLSC René-Cassin **

Associés
- Résidence Gilman (59)
- Grace Dart (CUSM) (357)
- Centre hospitalier gériatrique Maimonides (387) [1]
- Centre hospitalier Mont-Sinai (57) [1]

- Population 117 655
- Ressources CHSLD :
  - lits : 985
  - places RTF-RI 140
  - mandat régional 0
- Lits de réadaptation : 67

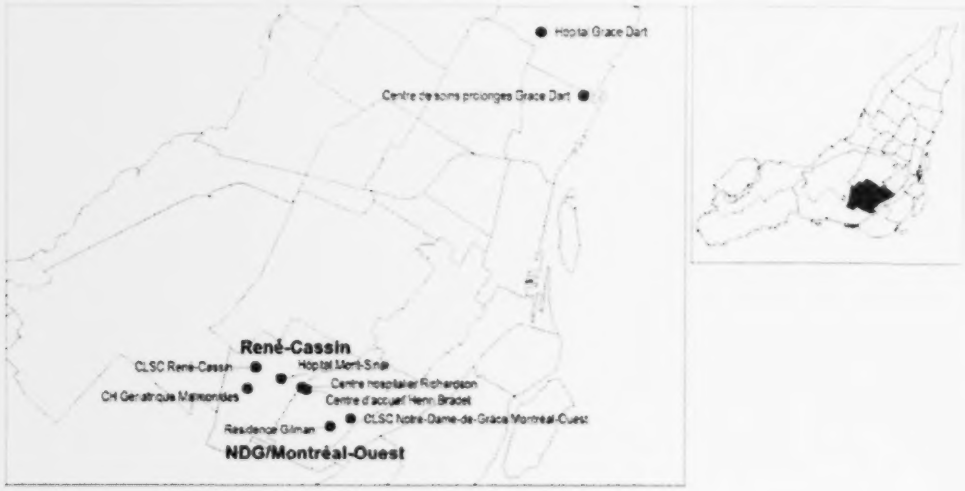
Langue d'expression
- Français : 31,1 %
- Anglais : 66,9 %
- Autres : 2,0 %

Budget : 93 220 999 $ - Gilman
Ressources humaines : 712
CMA potentiels : 3

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital 1re instance :**
  Centre hospitalier de St Mary au nom du consortium [2]
  - Dépendance 13,6 %
- **Habitudes population :**
  - *sous surspécialisés*
    - 42,1 % HGJ
    - 41,2 % CUSM
  - *sous généraux*
    - 34,1 % HGJ
    - 31,8 % CUSM
    - 20,7 % CH de St Mary

[1] Le Centre hospitalier gériatrique Maimonides, le Centre hospitalier Mont-Sinai et le CHSLD juif de Montréal sont intégrés sous un même conseil d'administration

[2] Consortium formé par le Centre hospitalier de St Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM



Autres particularités du territoire 4

Sociodémographiques	19,1 % de sa population a moins de 18 ans, 20 % a 65 ans et plus, ce qui représente la plus forte proportion à Montréal. 25,7 % des personnes vivent avec un faible revenu.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie à la naissance est favorable comparativement à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région. Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne ou affichent une valeur favorable en comparaison avec celles de la région.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique sont inférieures ainsi que pour les admissions en santé mentale et en hébergement. L'utilisation des services de soutien à domicile sont aussi sous la moyenne de la région.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Plateau technique : les laboratoires regroupés, la tomodensitométrie, la résonance magnétique ne sont pas accessibles sur le territoire, mais au centre hospitalier de 1re instance (Centre hospitalier de St.Mary).

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

05 : Centre de santé et de services sociaux de Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension

Instance

- Centre d'accueil Father Dowd (134) **
- Centre d'accueil St-Margaret (96) **
- Centre d'accueil des Foyers presbytériens de St-Andrew (70) **
- CLSC Côte-des-Neiges **
- CLSC Métro **
- CLSC Parc Extension **
- Hôpital Catherine Booth **

Associés

- Vigi Santé (CHSLD Mont-Royal) (273)
- CHSLD juif de Montréal (320) [1]
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (379)

Population : 219 000

Ressources CHSLD

- - lits : 1272
- - places RTF-RI : 49
- - mandat régional : 0

Lits de readaptation : 129

Langue d'expression

- Français : 44,9 %
- Anglais : 51,3 %
- Autres : 3,8 %

Budget : 136 981 204 $
Ressources humaines : 1356
CMA potentiels : 6

- **Hôpital 1re instance :**
  Centre hospitalier de St.Mary au nom du consortium [2]

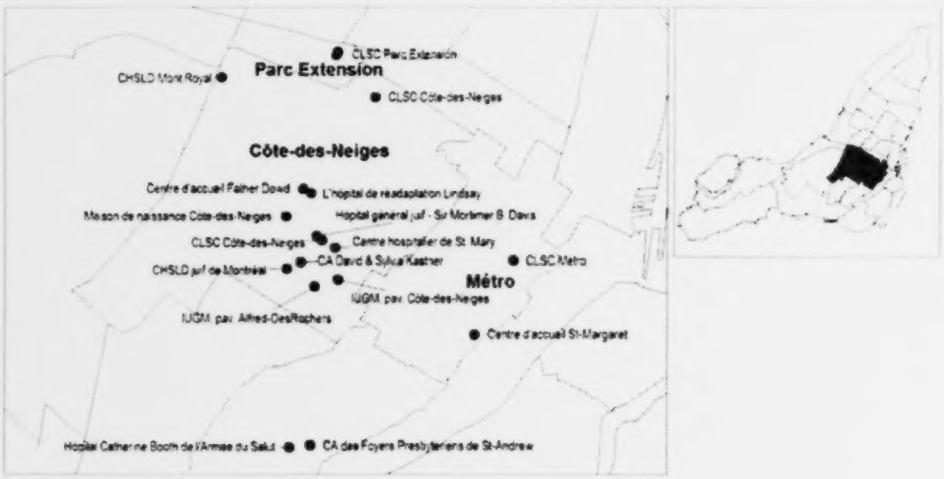
  - Dependance 21,7 %

- **Habitudes population :**
  soins surspécialisés
  - 40,3 % CUSM
  - 30,6 % HGJ

  soins généraux
  - 28,5 % CUSM
  - 26,9 % HGJ
  - 20,5 % CH de St.Mary

[1] Le Centre hospitalier gériatrique Maimonides, le Centre hospitalier Mont-Sinai et le CHSLD juif de Montreal sont intégrés sous un même conseil d'administration

[2] Consortium formé par le Centre hospitalier de St.Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM



Autres particularités du territoire 5

Sociodémographiques	18,9 % de sa population a moins de 18 ans et 15,7 % a 65 ans et plus. Le nombre et le taux de personnes vivant avec un faible revenu sont les plus élevés de la région avec 75 510 personnes ou 34,9 %.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie à la naissance est favorable comparativement à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région. Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne ou affichent une valeur favorable en comparaison des valeurs régionales.
Utilisation des services	Tous les taux d'utilisation de services sont inférieurs aux taux régionaux : admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement et en services de soutien à domicile.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Plateau technique complet est accessible sur le territoire à l'hôpital de 1re instance, le Centre hospitalier de St.Mary.

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

06 : Centre de santé et de services sociaux du
Nord de l'Île et Saint-Laurent

Instance
- CHSLD-CLSC Nord de l'Île (554) *
- CHSLD-CLSC Saint-Laurent (154) *
- Manoir Cartierville (285)

Associés
- Les Cèdres - Centre d'accueil pour personnes âgées (25)
- Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie (66)

- Population : 124 600

- Ressources CHSLD :
  - lits : 920 + 164
  - places RTF-RI : 28
  - mandat régional : 164
    - déficience intellectuelle : 28
    - déficience auditive : 111
    - clientèle syrienne, libanaise : 25

- Lits de réadaptation : 22

Langue d'expression
- Français : 57,2 %
- Anglais : 38,4 %
- Autres : 4,4 %

Budget : 94 094 927 $
Ressources humaines : 2095
CMA potentiels : 3

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital 1re instance :**
  Hôpital du Sacre-Cœur de Montreal
  - Dépendance 20,3 %

- **Habitudes population :**
  soins surspécialisés
  - 24,1 % CUSM
  - 23,0 % HGJ
  - 21,2 % HSC

  soins généraux
  - 29,2 % HSC
  - 17,7 % CUSM

Autres particularités du territoire 6

Sociodémographiques	20 % de la population a entre 0 et 18 ans : 24 955 jeunes et 19,1 % a 65 ans et plus : 23 755 personnes. 30 % de la population tire un faible revenu : 36 875 personnes
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est au-dessus de la moyenne régionale pour les hommes (78,2 ans) et pour les femmes (82,9 ans). Le taux de mortalité est soit inférieur ou comparable au taux régional selon les causes de décès. De même les problèmes sociaux sont inférieurs ou comparables selon les aspects regardés.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique, en santé mentale et en hébergement sont inférieures à la moyenne régionale. Le taux d'utilisation des services de soutien à domicile y est supérieur.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Plateau technique : des laboratoires regroupés, la tomodensitométrie, l'ultrasonographie et la résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

07 : Centre de santé et de services sociaux de Ahuntsic et Montréal-Nord

Instance
- Centre hospitalier Fleury
- CLSC Ahuntsic *
- CLSC Montréal-Nord (128) *
- Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain (560)

Associés
- CHSLD Gouin (93)
- CHSLD Marie-Claret (78)
- Hôpital Marie-Clarac
- Résidence Angelica (347)
- Résidence Berthiaume-Du Tremblay (246)

- Population : 161 415

- Ressources CHSLD :
  - lits : 1 452
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 0

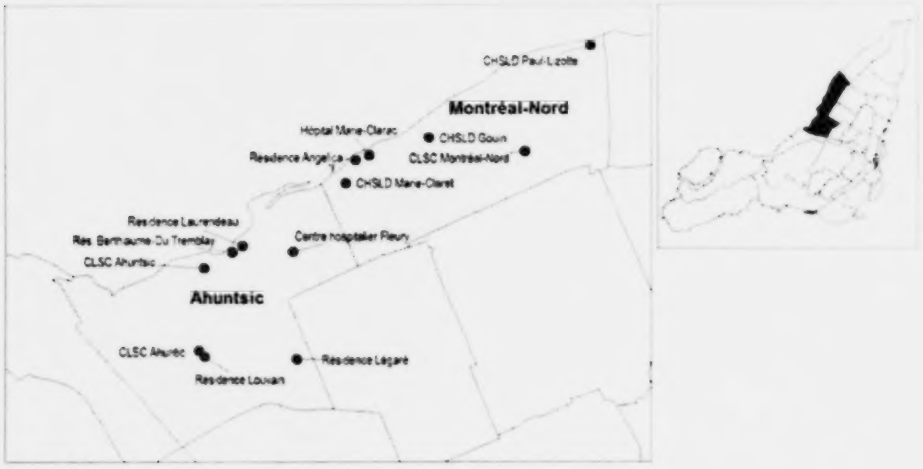
- Lits de réadaptation : 200

Langue d'expression
- Français : 85,2 %
- Anglais : 12,8 %
- Autres : 2,0 %

Budget : 159 214 962 $
Ressources humaines : 2290
CMA potentiels : 4

- **Hôpital local :**
  Centre hospitalier Fleury
  - Dépendance 50,3 %

- **Habitudes population :**
  - *sous surspécialisés*
    - 28,3 % ICM
    - 17,3 % CHUM
  - *sous généraux*
    - 19,7 % Fleury
    - 13,7 % HSC



Autres particularités du territoire 7

Sociodémographiques	Les jeunes de 0-17 ans forment 19,2 % de la population : 30 940 jeunes. La population âgée de 65 ans et plus compte pour 19,4 % avec 31 265 personnes. 33,2 % a un faible revenu : 52 550 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie des hommes et des femmes se situe dans la moyenne régionale tout comme le taux de mortalité. Les problèmes sociaux sont plus élevés en termes de chômage, de victimisation des 0-17 ans et de grossesses à l'adolescence que les moyennes montréalaises.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique, en santé mentale et en hébergement sont plus élevées. Quant à l'utilisation des services de soutien à domicile, elle est sous la moyenne régionale.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
	Plateau technique : la résonance magnétique

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

08 : Centre de santé et de services sociaux de La Petite Patrie et Villeray

Instance
- CLSC Villeray *
- CLSC-CHSLD La Petite Patrie (100) *
- Hôpital Jean-Talon
- Résidences Mance-Décary
  - Pavillon Auclair (CHSLD) (160)

Associés
- Groupe Champlain (Centre d'héger-gement Champlain-Villeray) (28)
- Groupe Roy Santé
  - CHSLD St-Georges (260)
- CHSLD Les Havres (utilisation de 96 lits)

- Population : 107 965
- Ressources CHSLD :
  - lits : 619 + 25
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 25
    - unité spécifique : 25
- Lits de réadaptation : 0

Langue d'expression
- Français 84,4 %
- Anglais 13,3 %
- Autres : 2,4 %

Budget : 110 886 783 $
Ressources humaines : 1571
CMA potentiels : 5

- **Hôpital local :**
  Hôpital Jean-Talon
  - Dépendance 32,4 %
- **Habitudes population :**
  - *soins surspécialisés*
    - 33,4 % CHUM
    - 20,0 % ICM
  - *soins généraux*
    - 23,8 % Jean-Talon

Autres particularités du territoire 8

Sociodémographiques	Il s'agit du territoire avec la plus petite population totale : 107 965 habitants. Les jeunes de 0-18 ans forment 16 % de la population : 17 230 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus comptent pour 14,4 % soit 15 560 personnes. 34,9 % de la population a un faible revenu : 37 270 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est inférieure pour les hommes (72,6 ans) et dans la moyenne montréalaise pour les femmes (80,1 ans). Le taux de mortalité est plus élevé que le taux moyen régional dans le cas de tumeurs, de cancer du poumon et de cancer du sein. Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne sauf pour les grossesses à l'adolescence qui sont plus élevées.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique sont dans la moyenne montréalaise. Les admissions en santé mentale et en hébergement sont plus élevées ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des lits de réadaptation en santé physique. Des places en RTF et RI pour les personnes âgées
	Plateau technique : résonance magnétique

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

09 : Centre de santé et de services sociaux des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc

Instance

- Centre hospitalier Jacques-Viger (359)
- CHSLD Centre-Ville de Montréal (396) *
- CHSLD Émilie-Gamelin/Armand-Lavergne (368)
- CLSC des Faubourgs *
- CLSC du Plateau Mont-Royal *
- CLSC Saint-Louis du Parc *
- Les CHSLD du Plateau Mont-Royal (363)

Associés

- Hôpital de réadaptation Villa Medica
- Hôpital Chinois de Montréal (128)

- Population : 136 475

- Ressources CHSLD :
  - lits : 1364 + 250
  - places RTF-RI : 74
  - mandat régional : 250
    - unité spécifique : 122
    - clientèle chinoise : 128

- Lits de réadaptation : 185

Langue d'expression

- Français : 82,6 %
- Anglais : 15,6 %
- Autres : 1,8 %

Budget : 154 718 714 $
Ressources humaines : 2957
CMA potentiels : 3

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital de 1re instance :** CHUM
  - Dépendance 14,8 %

- **Habitudes population :**
  - *soins surspécialisés*
    - 56,0 % CHUM
  - *soins généraux*
    - 52,6 % CHUM

Autres particularités du territoire 9

Sociodémographiques	Le territoire compte le plus petit pourcentage de jeunes 0-18 ans avec 11,5 % de sa population : 15 760 jeunes. Il compte aussi le plus petit pourcentage de personnes de 65 ans et plus avec 11,7 % de sa population : 15 930 personnes. Les personnes à faible revenu forment le 2e pourcentage le plus élevé de la région montréalaise soit 35,5 % de sa population : 47 300 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est la plus basse de la région pour les hommes (69,1 ans) et pour les femmes (78,4 ans). Le taux de mortalité est plus élevé que la moyenne dans le cas des tumeurs, des affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des traumatismes, du cancer du poumon et du suicide. Les problèmes sociaux sont dans la moyenne régionale sauf pour les grossesses à l'adolescence qui sont plus élevées.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique sont dans la moyenne régionale. les admissions en santé mentale et en hébergement sont au-dessus ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Plateau technique : laboratoires regroupés, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire au CHUM)

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

10 : Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel

Instance
- CLSC Saint-Michel *
- CLSC Saint-Léonard *
- CHSLD Les Havres (192)
- CHSLD Saint-Michel (160)

Associé
- Groupe Champlain
  - CHSLD Marie-Victorin (utilisation de 100 lits)

- Population : 123 165
- Ressources CHSLD :
- - lits : 452 + 103 (Dante)
- - places RTF-RI : 0
- - mandat régional : 103
  - clientèle italienne : 103
- Lits de réadaptation : 0

Langue d'expression
- Français : 70,9 %
- Anglais : 24,3 %
- Autres : 4,9 %

Budget : 47 522 825 $
Ressources humaines : 974
CMA potentiel : 1

- **Hôpital de 1re instance :**
  Hôpital Santa Cabrini
  - Dépendance 23,1 %
- **Habitudes population :**
  - *soins surspécialisés*
    - 33,3 % ICM
    - 19,3 % HMR
    - 14,7 % CHUM
  - *soins généraux*
    - 21,5 % HMR
    - 14,5 % Santa Cabrini

Autres particularités du territoire 10

Sociodémographiques	Le pourcentage de jeunes 0-18 ans, 21,5 % de la population, est le 2e plus élevé. Il compte 26 420 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus, 16,6 % de la population, sont au nombre de 20 495 personnes. 32 % des citoyens ont un faible revenu : 40 425 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est supérieure pour les hommes (76,4 ans) et dans la moyenne régionale pour les femmes (81,8 ans). Le taux de mortalité se situe dans la moyenne régionale ou inférieur selon les causes. Les problèmes sociaux sont comparables à la région.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile sont au-dessus de la moyenne montréalaise. Pour ce qui est des admissions en santé mentale et en hébergement, ils sont inférieurs.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des places en RTF et RI pour les personnes âgées. Des lits de réadaptation en santé physique.
	Plateau technique : résonance magnétique

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

11 : Centre de santé et de services sociaux de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont

Instance

- CHSLD Lucille-Teasdale (497)
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve *
- CLSC Olivier-Guimond *
- CLSC-CHSLD de Rosemont (211) *
- Foyer Rousselot (157)
- CHSLD Jeanne-LeBer (351)

Associés

- Ma Maison Saint-Joseph (40)
- CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (162)
- Institut Canadien-Polonais du Bien-Être (126)
- CHSLD Bourget (112)

- Population : 170 830
- Ressources CHSLD :
  - lits : 1 350 + 306
  - places RTF-RI : 74
  - mandat régional : 306
    - unité spécifique : 51
    - déficience visuelle : 99
    - clientèle polonaise et slave : 126
    - multi-handicapés : 30
- Lits de réadaptation : 33

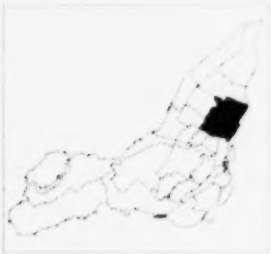
Langue d'expression

- Français : 90,8 %
- Anglais : 8,5 %
- Autres : 0,7 %

Budget : 134 099 884 $
Ressources humaines : 2371
CMA potentiels : 4

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital de 1re instance :**
  Hôpital Maisonneuve-Rosemont
  - Dépendance 12,4 %
- **Habitudes population :**
  sous-spécialités
  - 28,2 % ICM
  - 28,0 % HMR
  - 22,7 % CHUM

  sous généraux
  - 33,4 % HMR
  - 22,5 % CHUM



Autres particularités du territoire 11

Sociodémographiques	Le pourcentage de jeunes 0-18 ans est un des plus petits de la région avec 15,5 % de sa population pour 26 425 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus comptent pour 18,3 % de la population avec 31 340 personnes. 33,4 % des citoyens ont un faible revenu : 55 715 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est sous la moyenne montréalaise pour les hommes (71,9 ans) et pour les femmes (79,9 ans). Le taux de mortalité est plus élevé dans le cas des affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, des traumatismes, du cancer du poumon et du suicide en comparaison avec les taux moyens de la région. Les problèmes sociaux sont aussi plus élevés.
Utilisation des services	Les admissions en santé mentale sont les plus élevées de la région. Les admissions en santé physique et en hébergement sont plus élevées que la moyenne. L'utilisation des services de soutien à domicile est moins élevée que la moyenne régionale.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Plateau technique : électrophysiologie, laboratoire regroupés, radiologie générale, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont).

* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

12 : Centre de santé et de services sociaux de Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est

Instance
- CHSLD Biermans-Triest (475)
- CLSC Mercier-Est/Anjou *
- CLSC Rivière-des-Prairies *
- CLSC-CHSLD PAT/Montréal-Est (77) *
- Centre d'accueil Judith Jasmin (HMR) (75)

Associés
- Centre Le Cardinal (204)
- Groupe Champlain (Centre d'hébergement Champlain–Marie-Victorin) (utilisation de 184 lits)
- Groupe Roy Santé (CHSLD Le Royer) (96)

- Population : 185 330

- Ressources CHSLD :
  - lits : 1108 + 35
  - places RTF-RI : 18
  - mandat régional : 35
    - unité spécifique : 35

- Lits de réadaptation : 0

Langue d'expression
- Français : 86,2 %
- Anglais : 12,8 %
- Autres : 1,0 %

Budget : 84 207 444 $ - *J Jasmin*
Ressources humaines : 1221 - *J Jasmin*

CMA potentiels : 4

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital de 1re instance :**
  Hôpital Maisonneuve-Rosemont
  - Dépendance 25,3 %

- **Habitudes population :**
  - *sous surspécialisées*
    - 33,3 % ICM
    - 27,7 % HMR
  - *sous générales*
    - 34,2 % HMR

Autres particularités du territoire 12

Sociodémographiques	Les jeunes de 0-18 ans forment 21 % de la population: 38 895 jeunes. Les 65 ans et plus comptent pour 15,1 % de la population : 27 930 personnes. Le territoire se trouve parmi ceux qui ont le plus petit pourcentage de personnes avec un faible revenu, 21,6 % pour 38 985 personnes.
Indicateurs de santé	L'espérance de vie est dans la moyenne régionale pour les hommes et pour les femmes. Le taux de mortalité est plus élevé dans le cas de tumeurs, d'affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, de cancer du poumon et de cancer du côlon-rectum que le taux moyen observé à Montréal. Les problèmes sociaux sont dans la moyenne ou moins élevé selon l'indicateur observé.
Utilisation des services	Les admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile sont tous plus élevées que les moyennes régionales.
Ressources nécessaires pour compléter le panier de services	Des lits de réadaptation en santé physique.
	Plateau technique : électrophysiologie, laboratoires regroupés, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Certaines de ces ressources sont disponibles sur le territoire en clinique privée et accessibles à l'hôpital de première instance, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont).

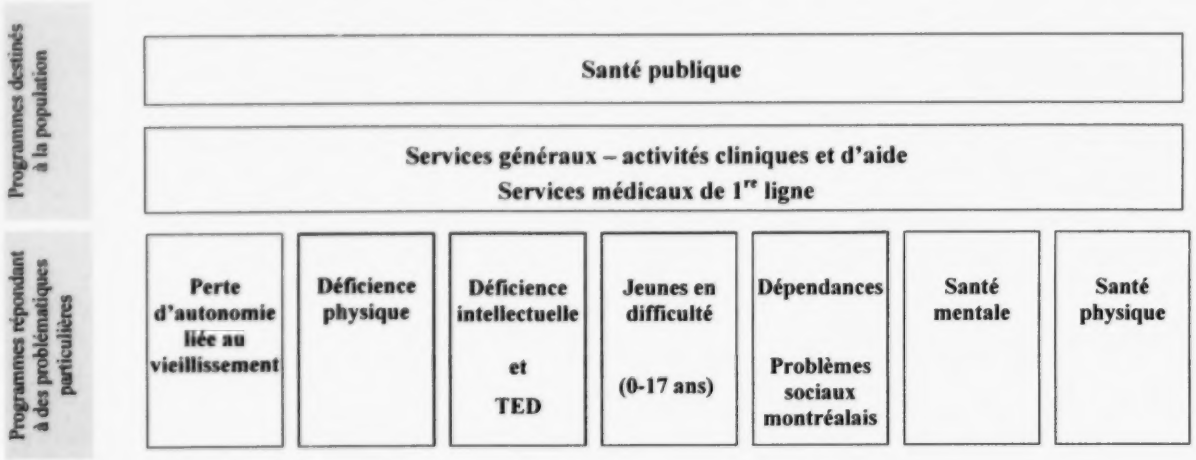
* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise
** Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

3. Impacts prévisibles sur les programmes-services

La création de douze centres de santé et de services sociaux aura des impacts sur l'ensemble des programmes-services offerts. La configuration de ces programmes est illustrée au tableau qui suit.

Par ailleurs, des balises pour certains programmes (perte d'autonomie liée au vieillissement, lutte contre le cancer, services médicaux de 1re ligne et jeunes en difficulté 0-17 ans) ont été développées de façon plus spécifique (annexe 6).

CONFIGURATION DES PROGRAMMES



3.1 Santé publique

La prévention, une priorité pour les 12 centres de santé et de services sociaux

La prévention et la promotion de la santé et du bien-être sont au cœur de la mission des 12 centres de santé et de services sociaux de Montréal. Chacun assumera, sur son territoire, la responsabilité du programme de santé publique, lequel sera l'une des assises des autres programmes visant des clientèles particulières, au même titre que le programme des services généraux et médicaux de 1re ligne.

Bien que la prévention soit clairement l'une des priorités du plan stratégique 2003-2006 de l'Agence, des inquiétudes ont été manifestées au cours de la consultation quant au maintien de cette priorité au sein des centres de santé et de services sociaux, compte tenu des autres éléments de leur mission dont entre autres, les services aux personnes vulnérables en perte d'autonomie et les services hospitaliers généraux lorsque ceux-ci sont inclus dans le panier de services local.

Dans le but de renforcer la priorité accordée à la prévention, l'Agence a défini des recommandations et des moyens d'action qu'elle compte mettre en œuvre dans l'implantation des centres de santé et de services sociaux.

Le plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006 : une démarche mobilisante

La réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé par des mesures efficaces de prévention fut retenue comme premier objectif prioritaire de la planification stratégique 2003-2006 « *La santé en actions.* » Pour supporter cet objectif, la Direction de santé publique a

produit, en 2003, un plan d'action montréalais en santé publique, « *La prévention en actions* » à l'issue d'une vaste démarche de consultation et de concertation. La démarche a été soutenue par un comité composé de directeurs généraux de CLSC et des différentes directions de la Régie régionale, dont la Direction de la santé publique et le Département régional de médecine générale. Ce même comité pilote actuellement les travaux d'implantation et de suivi des activités de santé publique, notamment par le biais de l'élaboration de 29 plans locaux de santé publique attendus pour juin 2004.

Le plan régional et les plans locaux de santé publique : une priorité à renforcer

La dernière importante transformation du système de santé et services sociaux à Montréal, en 1995 a mené à la fermeture de sept hôpitaux, ce qui a permis de réduire les dépenses de 190 M$ par année et d'allouer un budget additionnel de 155,6 M$ à certains secteurs jugés prioritaires.

Durant cette période de compressions, le budget disponible pour la promotion de la santé et du bien-être et pour la prévention a bénéficié d'une augmentation de 13,6 M$, représentant une hausse de 32 % de 1995 à 1998. Le budget est ainsi passé de 42 M$ à 55,6 M$ aujourd'hui. Les organismes communautaires se sont vus octroyé 5,4 M$ de ces ressources additionnelles en promotion-prévention, soit 40 % du total des développements.

En parallèle cependant, l'augmentation de ressources consenties au maintien à domicile (+35,4 M$) et à l'hébergement (+ 32 M$) n'ont pas été suffisantes pour faire face à la croissance des besoins.

Le virage ambulatoire a, en conséquence, affecté la mission promotion-prévention des CLSC.

Une recherche menée auprès de 8 CLSC par le biais d'entrevues, avant et après la réorganisation, avec des directeurs généraux et des chefs de programmes, ainsi que des groupes de discussion avec des auxiliaires familiales, a permis de faire les constats suivants :

« ... *Quatre secteurs d'activités ont retenu notre attention : la périnatalité – petite enfance, le secteur jeunesse, les services psychosociaux et ceux offerts aux personnes âgées. C'est ce dernier secteur (services aux personnes âgées) qui a été le plus touché. L'accroissement de la demande de soins post-hospitaliers et post-opératoires à domicile, jumelé à un alourdissement de la clientèle des personnes en perte d'autonomie, a créé une pression très forte sur les services de soutien à domicile. Les secteurs de la périnatalité et petite enfance, de même que les services aux jeunes ont, dans l'ensemble, été moins affectés; on observe même, dans certains établissements, une augmentation des activités préventives. Quant aux services psychosociaux, le développement attendu ne s'est pas manifesté aussi fortement que prévu...* »

« ... *Parmi les éléments de réforme prévus par le plan de transformation, le virage ambulatoire et le rehaussement des critères d'admission dans les centres hospitaliers de longue durée ont été ceux ayant le plus affecté le maintien de la mission promotion - prévention. Le fait qu'aucun montant n'était prévu pour l'infrastructure nécessaire à la dispensation des nouveaux services (locaux, équipements) ainsi que la non-indexation des coûts de système ont entraîné des contraintes budgétaires qui n'ont pas été sans effet sur cette mission. Par ailleurs, le financement additionnel associé aux priorités régionales en prévention-promotion ou au Fonds de soutien à l'action intersectorielle suscite une réaction ambivalente des répondants, qui s'interrogent sur l'impact à long terme de ces programmes à durée de vie limitée* ».

Du point de vue de la santé, et non de maladie, la fusion d'un centre hospitalier avec des CLSC et des CHSLD comporte certains risques pour la prévention. Une majorité de groupes et associations

entendus lors de la consultation publique ont fait état de leurs appréhensions face à une éventuelle intégration du curatif avec le préventif, évoquant une menace pour la pratique future de la prévention à Montréal. La principale crainte évoquée est celle du transfert des ressources actuellement consacrées à la prévention vers les services curatifs concentrés dans l'hôpital.

Or comment protéger les ressources allouées à la prévention dans un contexte où le budget santé publique dans les CLSC de Montréal représente environ 46 M $, soit 13,5 % de leur budget annuel et qu'il ne représentera plus que 3,2 % du budget des futurs centres de santé et de services sociaux (environ 3,5 M$ en moyenne) une fois les regroupements réalisés ? Comme les centres de santé et de services sociaux sont créés dans le but d'assurer une meilleure continuité et une meilleure intégration des soins aux malades chroniques et aux personnes vulnérables, comment s'assurer que le déploiement du plan régional de santé publique et la réalisation des plans locaux, notamment en particulier les programmes de prévention et la promotion à l'intention des tout-petits et les jeunes, ne soient pas relégués au second plan et qu'ils fassent plutôt partie des toutes premières priorités des nouveaux conseils d'administration ?

Pour y arriver, nous croyons que la réalisation des plans locaux de santé publique doit faire partie intégrante de l'entente de gestion entre l'Agence et les centres de santé et de services sociaux. Dans le cadre de cette entente, le centre de santé et de services sociaux devra s'engager à maintenir au niveau actuel et à augmenter, au moins au niveau des développements octroyés, les ressources affectées à la santé publique et à la promotion-prévention.

L'entente devra permettre d'évaluer l'atteinte de ces résultats en comprenant des indicateurs précis quant aux heures travaillées par les différents personnels dans le programme de santé publique et dans les activités de promotion-prévention : infirmières, médecins, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires etc. De plus, il sera établi clairement et de façon explicite, dans les règles d'allocation et de gestion des ressources, que les centres de santé et de services sociaux pourront transférer des ressources du programme santé physique vers le programme de santé publique et que l'inverse ne serait pas possible.

Compte tenu des priorités déterminées dans le plan stratégique de l'Agence : « *La santé en actions* », les ressources consenties à la santé publique et à la promotion-prévention devraient croître et non pas seulement être maintenues. S'il a été possible d'agir ainsi en une période de cor budgétaires, il devrait être possible d'en faire autant en période de croissance.

Développer la première ligne, développer la prévention

Lors de l'exercice de planification stratégique 1998-2002, *Le défi de l'accès*, on soulignait déjà l'importance de miser sur le capital santé de la population en adoptant une gestion préventive du système de santé et de services sociaux. Cette vision, reprise par la commission Clair, a fait depuis largement consensus parmi les différents acteurs de santé publique et les intervenants du réseau de services.

Prévenir, guérir, soigner : vers une gestion préventive du système de santé

Le concept « *Prévenir, guérir, soigner* » propose d'adopter une perspective de santé et d'agir sur les besoins de la population.

La population est ainsi divisée en trois grandes catégories : d'abord une majorité se percevant en très bonne et même en excellente santé, une seconde, soit un peu plus du tiers, se percevant comme en bonne santé et nécessitant plus fréquemment des soins continus pour lesquels il existe des traitements efficaces et, finalement, une dernière catégorie, représentant environ 10 % de la population, qui perçoit

sa santé comme moyenne ou mauvaise. Cette dernière catégorie est celle pour laquelle les coûts dans le système de santé sont les plus importants. C'est aussi à cette catégorie de personnes qu'une très grande part de l'activité des futurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sera consacrée.

Pour améliorer la santé et le bien-être de la population, il faudrait dès maintenant se préoccuper davantage de maintenir le plus grand nombre de personnes en bonne santé, c'est-à-dire en le gardant le plus longtemps possible au bas de la pyramide. C'est pourquoi les personnes du second groupe, soit celles qui se perçoivent relativement en bonne santé, doivent avoir accès à des actions préventives tout en recevant sans délai les services requis afin de réduire leur besoin de recourir à des services plus coûteux.

Dans cet esprit, la Direction de la santé publique de Montréal a développé de nombreuses approches préventives, en collaboration avec les CLSC, de nombreux autres partenaires intersectoriels et organismes communautaires. Plusieurs de ces approches mériteront d'être consolidées dans le nouveau contexte, notamment via des projets pilotes où il serait indiqué que certains organismes du réseau, non seulement les centres de santé et de services sociaux, mais aussi des milieux médicaux de première ligne (UMF, GMF ou CMA) puissent bénéficier de support direct de la DSP. Afin de formaliser la nature de ce soutien, ces derniers pourraient, en outre, se voir confier des mandats spécifiques en prévention par l'Agence dans le cadre d'entente spécifiques.

Recommandation 7

L'Agence recommande
- **que la mission prévention soit non seulement maintenue mais développée et valorisée;**
- **que la réalisation des plans locaux de santé publique soit considérée comme prioritaire et intégrée dans les ententes de gestion.**

Valoriser la prévention et lui octroyer les budgets requis

Les ressources requises pour appuyer le déploiement de « *La prévention en actions* », ont été estimées à 42 M$. De ce montant, 12 M$ étaient prévus pour soutenir l'action intersectorielle nécessaire et prendre collectivement le virage préventif tant à l'échelle régionale que locale.

Sachant que les développements budgétaires en santé publique viennent de façon très graduelle au plan national, et que les ressources consacrées directement à cette priorité sont très limitées (55,6 M$ sur 4,6 milliards $), il est primordial de prendre les mesures qui s'imposent pour s'assurer que les budgets de prévention nécessaires au déploiement des plans locaux de santé publique soient maintenus et développés.

Recommandation 8

L'Agence recommande :
- **que les modalités d'allocation des ressources prévoient le maintien et le développement des budgets affectés à la réalisation de chacun des plans locaux de santé publique et que ceux-ci fassent l'objet d'une clause spécifique de l'entente de gestion entre l'Agence et chacun des centres de santé et de services sociaux;**
- **que le transfert des ressources du programme de santé physique vers le programme de santé publique, ou autres activités de prévention comprises dans les autres programmes-services, soit possible mais non l'inverse.**

Des ressources consacrées à la santé publique au niveau local

L'organisation d'une première ligne forte où les budgets de la prévention sont maintenus et développés en fonction d'un plan d'action en santé publique établi comme une priorité commande la désignation d'un cadre supérieur responsable de la santé publique au sein de chaque centre de santé et de services sociaux. À titre de cadre supérieur, cette personne serait responsable de la gestion du programme local de santé publique, ce qui permettrait à la Direction de santé publique de l'Agence et aux partenaires intersectoriels de mieux coordonner leurs actions et d'avoir un interlocuteur connu et imputable de la gestion des activités de santé publique, notamment, de la mobilisation en situation d'urgence.

Recommandation 9

L'Agence recommande :

- Que chacun des centres de santé et de services sociaux désigne un cadre supérieur comme responsable de la prévention qui coordonne, en lien avec les partenaires intersectoriels du milieu, les plans locaux de santé publique;
- Que chacun des centres de santé et de services identifie l'équipe et les ressources qui seront affectées au déploiement du plan local de santé publique

L'adhésion des centres de santé et de services sociaux au mouvement « Des hôpitaux pour la promotion de la santé » de l'OMS.

Cinq des douze centres de santé et de services sociaux incluront une mission hospitalière. Compte tenu de la mission préventive des centres de santé et de services sociaux et leur responsabilité locale en matière de santé publique, l'Agence recommande qu'ils s'inscrivent dans les orientations mises de l'avant par l'Association des hôpitaux pour la promotion de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé.

Le but de ce mouvement international regroupant 25 pays et plus de 700 hôpitaux est d'améliorer la qualité des services en supportant la réalisation d'activités de promotion de la santé, de prévention des maladies et de réadaptation dans les hôpitaux. La promotion de la santé est considérée comme faisant intégrante de leur mission.

Cette association internationale, parrainée par l'OMS, a développé des balises, des normes et des guides supportant le passage d'une culture institutionnelle curative à une culture tournée vers la santé des patients, de leurs proches et du personnel, et soucieuse d'un environnement sain (annexe 7).

Recommandation 10

L'Agence recommande :

- l'adhésion des centres de santé et de services sociaux intégrant un hôpital au projet de l'OMS : *Hôpitaux pour la promotion de la santé*;
- l'inclusion, dans les ententes de gestion, de l'implantation des normes développées par l'OMS concernant la promotion de la santé en milieu hospitalier.

3.2 Services généraux – activités cliniques et d'aide

Le nouveau programme des services généraux présenté par le MSSS est avant tout un programme budgétaire qui regroupe différents éléments de la dépense des établissements, (voir tableau ci-contre).

Services généraux

- Information/orientation
- Soutien diagnostique
- Services infirmiers :
  - Info-Santé CLSC
  - Évaluation/orientation/référence
  - Consultations professionnelles en soins infirmiers
  - Disponibilité en soins infirmiers
  - Planification des naissances, consultations professionnelles et suivi en sexualité
  - Suivi pré et post IVG
  - Contact à la suite de l'avis de grossesse
  - Visite systématique post-natale et post-adoption
  - Service auprès des parents, du nourrisson et des jeunes enfants et soutien à l'allaitement maternel
  - Enseignement de base auprès des malades chroniques
  - Visite préventive chez les personnes de 75 ans et plus
- Services psychosociaux pour les jeunes et les adultes :
  - Info-Social CLSC
  - Évaluation/orientation/référence
  - Consultations professionnelles et suivi
  - Interventions psychosociales d'urgence
- Services de sages-femmes
- Services de nutrition
- Services de réadaptation physique
- Services à domicile pour les personnes postopérées et post-hospitalisées
- Services en organisation communautaire
- Services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance :
  - Service de santé et détection précoce
  - Consultations professionnelles psychosociales
- Services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre

De façon générale, les centres de santé et de services sociaux doivent harmoniser l'offre des services généraux offerts par les CLSC regroupés. Chaque CLSC a déjà développé ces services pour répondre aux besoins spécifiques de sa population, quelquefois différents du CLSC voisin. Aussi, les centres de santé et de services sociaux doivent prendre en compte des paramètres ministériels définissant les services généraux tout en considérant certains programmes régionaux ou sous-régionaux existants, lesquels ont été basés sur une masse critique de demandes ou en fonction d'une expertise particulière.

Parmi les nombreuses composantes des services généraux, les huit suivantes nécessitent d'être commentées.

3.2.1 Information orientation : services d'accueil

Les services d'accueil-évaluation-orientation offerts en CLSC sont actuellement accessibles sur place et par téléphone. Les centres de santé et de services sociaux doivent évaluer, s'il y a lieu, de centraliser leurs services téléphoniques. Dans le cas des services offerts avec ou sans rendez-vous dans les CLSC, différents facteurs, comme l'accessibilité (proximité) des services, seront à prendre en compte.

3.2.2 Soutien diagnostique : centres de prélèvement

La création des centres de santé et de services sociaux exige l'établissement de liens nouveaux pour le traitement des analyses de laboratoire puisque l'offre de service des CHSGS, regroupés ou affiliés, comprend les analyses de laboratoire. L'application de ce modèle implique un examen de la distribution des volumes d'analyses entre les centres de production.

De plus, dans six des 12 futurs centres de santé et de services sociaux, des centres de prélèvements sans rendez-vous existent déjà alors qu'ils sont à créer dans les six autres territoires.

3.2.3 Services infirmiers : Info-santé

Le mode d'organisation actuel d'Info-Santé repose sur les 29 CLSC existants qui assurent ce service du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures. Le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés, quatre centrales se partagent l'ensemble des appels. Le regroupement des ressources en 12 centres de santé et de services sociaux, permet d'envisager une restructuration en 12 points de chutes plutôt qu'en 29 et d'examiner la pertinence d'une couverture horaire élargie d'Info-santé pour chaque centre de santé et de services sociaux.

En regard des centrales, le découpage proposé permet le maintien des quatre centrales avec les mêmes rattachements de territoires. Seul un territoire serait appelé à changer, soit le CLSC Saint-Michel actuellement desservi par la centrale de Villeray, et pourrait être desservi par la centrale de Rosemont comme le CLSC Saint-Léonard. Le nouveau contexte exige que les douze centres de santé et de services sociaux revoient le nombre requis de centrales afin de maintenir les services d'Info-santé en activité 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Exemples de mandats régionaux ou sous-régionaux

Réfugiés SARIMM : CLSC Côte-des-Neiges

Côté cour : CLSC Plateau Mont-Royal

IVG : CLSC des Faubourgs, Montréal-Nord, Rivière-des-Prairies

Sida : CLSC Ahuntsic, des faubourgs, Métro, Saint-Michel

Urgences sociales (hébergement) : CLSC de Rosemont

Psychiatrie justice : CLSC des Faubourgs

Expertise particulière

Itinérance : CLSC des Faubourgs

3.2.4 Services infirmiers - Services psychosociaux aux jeunes et adultes

De leur côté, les services de santé courants offerts par le personnel infirmier en CLSC ainsi que les services psychosociaux courants offerts avec et sans rendez-vous, doivent être arrimés avec les mandats régionaux ou sous-régionaux assumés par certains CLSC et avec l'expertise particulière développée par d'autres.

3.2.5 Services de sages femmes

Seulement deux maisons offrent actuellement des services de sages femmes en maison de naissance. Ces installations sont gérées par les CLSC Côtes-des-Neiges et Lac St-Louis. Les centres de santé et de services sociaux devront donc s'arrimer avec ces ressources.

3.2.6 Services à domicile pour les personnes postopérées et posthospitalisées

Bien que les CLSC aient créé des liens avec plusieurs CHSGS pour les soins posthospitaliers, il y a lieu de revoir le cadre de référence « CHCD-CLSC-médecins traitants » qui guide l'articulation des différents acteurs. Les centres de santé et de services sociaux devront examiner et identifier les liens à modifier et à créer.

3.2.7 Services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance

Au même titre que les services en milieu scolaire se poursuivent, les autres services déjà offerts en CLSC seront maintenus. Par ailleurs, comme les territoires des commissions scolaires et les 12 territoires de centres de santé et de services sociaux ne se juxtaposent pas systématiquement, la desserte de certaines écoles devra être révisée et ajustée au besoin. Quant aux services en centre de la petite enfance, ils seront à consolider ou à implanter parallèlement au parachèvement du réseau de garderies.

3.2.8 Services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre

Des plans de mesures d'urgence existent depuis longtemps dans tous les établissements du réseau pour des sinistres internes ou externes (pandémie, réception massive de blessés, décontamination, aide aux sinistrés, etc.) tant pour le volet psychosocial qu'en santé physique. Les centres de santé et de services sociaux devront réviser et harmoniser les plans des établissements regroupés. Des liens devront avoir été établis entre les centres de santé et de services sociaux et les arrondissements de la ville. Pour sa part, l'Agence continuera d'assumer son rôle de coordination des mesures d'urgence.

3.3 Services médicaux de 1re ligne en CLSC

Les services médicaux sont inégalement développés d'un CLSC à l'autre. Cet état de chose est dû essentiellement à des problèmes de recrutement et de rétention de médecins. Il est à prévoir que la masse critique de médecins omnipraticiens, nécessaire pour desservir une population élargie, fera défaut dans certains centres de santé et de services sociaux. L'arrimage avec les centres médicaux associés (CMA), les groupes de médecins de famille (GMF) et les cabinets privés sera une stratégie à poursuivre pour pallier l'impact du découpage géographique sur l'offre de services des omnipraticiens.

3.4 Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

La réorganisation des services aura un impact sur cinq composantes des services aux personnes en perte d'autonomie : le service régional d'admission, la garde infirmière et médicale associée, les corridors vers les services spécialisés, les modalités d'articulation avec les entreprises d'économie sociale et enfin, l'organisation des ressources de type familial et les ressources intermédiaires.

3.4.1 Service régional d'admission

Des impacts sont prévisibles sur le processus actuel de gestion des demandes d'hébergement en ressources institutionnelles ou non-institutionnelles du réseau des CHSLD et conséquemment, sur le service régional des admissions de l'Agence. En effet, si on confie aux centres de santé et de services sociaux la responsabilité de répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle de leur sous-région, y compris à leurs besoins en hébergement, on devra aussi leur confier la responsabilité de :

- l'accueil, l'analyse, l'orientation et le suivi des demandes d'hébergement;
- l'adaptation du parc de ressources dont ils disposent en fonction des besoins de la clientèle à desservir (ex : fermeture de lits, rehaussement de lits, développement de ressources non-institutionnelles, etc.).

Ces responsabilités devront s'exercer en fonction des balises définies par l'Agence en termes d'orientations et de résultats à atteindre.

Il est à noter que certaines conditions devront préalablement être rencontrées, dont :

- l'assurance d'un accès équitable aux ressources d'hébergement pour toute la clientèle de la région, quel que soit son lieu de résidence;
- la continuité de traitement des demandes concernant les clientèles de moins de 65 ans ayant des besoins d'hébergement institutionnel (10 à 12 %) et qui ont déjà accès aux services d'hébergement des CHSLD actuels;
- la mise en place de systèmes d'information qui permettent de suivre l'évolution des clientèles et la gestion des lits dans chaque centre de santé et de services sociaux.

De plus, même si la majorité des orientations et des admissions en hébergement est traitée localement par chacun des centres de santé et de services sociaux avec leur guichet unique, une fonction régionale devra être maintenue, à l'Agence ou dans un des centres de santé et de services sociaux, afin de s'occuper notamment :

- de traiter les demandes d'admissions et d'orientations dans des ressources à caractère régional et spécialisé (ex.: unités spécifiques, profil ethnoculturel, déficience auditive ou visuelle, etc.);
- de permettre au système de se doter de mécanismes d'autorégulation pour faire face à des situations de crise (ex.: relocalisation urgente, engorgements importants de lits en CHSGS par des personnes en attente d'hébergement, etc.);
- de faciliter des échanges de ressources entre centres de santé et de services sociaux lorsque les besoins et le choix de la clientèle l'exigent;
- de régler des litiges interétablissements;
- de négocier et gérer les ententes interrégionales au sujet des admissions.

D'ici à ce que les conditions de réalisation soient rencontrées et que toutes les analyses soient réalisées, le système régional d'admission actuel devra continuer ses activités tout en adaptant son fonctionnement à la nouvelle réalité. Une période minimale de deux ans est envisagée.

3.4.2 Garde infirmière et médicale associées

La garde infirmière et médicale associée (qui repose sur l'infrastructure d'Info-Santé) fait partie intégrante de la gamme des services de première ligne susceptibles d'être utilisés par les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. À l'instar des services Info-Santé, les centrales, prenant la relève le soir, la nuit, les fins de semaine et lors des congés fériés pourraient être réévaluées. Par conséquent, l'infrastructure de la garde infirmière et médicale est à redéfinir.

3.4.3 Corridors pour les services spécialisés

L'implantation des centres de santé et de services sociaux aura aussi des impacts sur l'accessibilité à certains services spécialisés déjà utilisés par les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :

- 15 CHSGS se partagent 310 lits de gériatrie auxquels s'ajoutent 36 lits dans deux CHSLD. Des services de gériatrie sont également disponibles en clinique externe;
- la région compte huit hôpitaux de jour qui desservent chacun un territoire géographique prédéterminé. Six de ces hôpitaux de jour sont administrés par un CHSLD (CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, CHSLD-CLSC Nord de l'Île, Centre hospitalier Jacques-Viger, Centre hospitalier gériatrique Maimonides, Institut universitaire de gériatrie, CHSLD Lucille-Teasdale, pavillon J-Henri Charbonneau). Les deux autres sont situés aux Centre hospitalier de Lachine et à l'Hôpital Royal Victoria. Avec le nouveau découpage territorial, quatre centres de santé et de services sociaux n'ont pas d'hôpital de jour sur leur territoire. Une entente de service avec l'hôpital de jour qui les dessert actuellement devra être établie dans un premier temps. Par la suite, les centres de santé et de services sociaux devront examiner la pertinence de développer ce type de ressources sur leur territoire;

> ***4 centres de santé et de services sociaux n'ont pas d'hôpital de jour sur leur territoire :***
>
> Ahuntsic, Montréal-Nord;
> Villeray, Petite Patrie;
> Saint-Michel, Saint-Léonard;
> Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.

- six établissements de la région, soit cinq CLSC (LaSalle, Métro, Olivier-Guimond, Petite Patrie, Saint-Léonard) et un centre hospitalier (Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur), ont le mandat d'offrir des services de psychogériatrie à domicile et se partagent le territoire de l'île de Montréal. La création de 12 centres de santé et de services sociaux implique d'en revoir la sectorisation.;

- plus d'une trentaine de centres de jour sont dénombrés dans la région. Ils sont gérés par des CHSLD, des CHSLD-CLSC ou par des CLSC. Une première observation permet de conclure à une distribution appropriée de ces ressources dans l'ensemble des centres de santé et de services sociaux proposés.

De façon générale, dans le contexte de l'implantation des centres de santé et de services sociaux, les modalités d'accès à ces services devront faire l'objet d'une attention particulière afin d'en assurer un accès équitable à toute la clientèle de la région.

3.4.4 Entreprises d'économie sociale

À la suite du nouveau découpage, les centres de santé et de services sociaux et les entreprises d'économie sociale pourraient être appelés à réviser leurs ententes et leurs liens territoriaux.

3.4.5 Ressources de type familial (RTF) et ressources intermédiaires (RI)

Deux CHSLD sont actuellement responsables de ressources de type familial, trois autres de ressources intermédiaires et un sixième est responsable des deux types de ressources. Ces six CHSLD font partie de six centres de santé et de services sociaux différents. Les six autres centres de santé et de services sociaux ne bénéficient donc pas de ce type de ressources.

L'accès à ces ressources est présentement possible pour toute la population de la région via le système régional d'admission. Cependant, elles sont encore insuffisamment développées. Il faut donc investir dans le développement de ces ressources, même dans les six centres de santé et de services sociaux qui en possèdent actuellement.

CHSLD gestionnaires de RTF
St-Margareth
Lucille Teasdale

CHSLD gestionnaires de RI
Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
Centre-Ville
Nord de l'Île

CHSLD gestionnaire de RTF – RI
Maimonides

En attendant un développement plus équitable entre les douze centres de santé et de services sociaux, l'accès aux ressources intermédiaires et de type familial, pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, devra demeurer régional.

3.5 Déficience physique

Le programme de réadaptation en déficience physique est destiné aux personnes de tout âge « *dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux est ou risque d'être réduite* »[6]. Plusieurs types de ressources offrent des soins et services à la clientèle atteinte de déficience physique.

3.5.1 Centres de réadaptation (CR) en déficience physique

Six centres de réadaptation collaborent à l'offre de services en déficience physique sur l'île de Montréal pour les quatre types de déficiences (auditive, visuelle, motrice et parole-langage) : le CR Constance Lethbridge, le CR Lucie Bruneau, le Centre Mackay, l'Hôpital Marie Enfant,

[6] Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009. MSSS, 15 octobre 2003.

l'Institut Raymond Dewar et l'Association montréalaise pour les aveugles. De plus, l'Institut Nazareth et Louis-Braille, situé en Montérégie, dispense des services à Montréal.

Outre les services visant le développement ou le maintien de l'autonomie fonctionnelle, le programme en déficience physique offre des services afin de compenser les incapacités persistantes des personnes touchées et soutenir leur participation sociale. Ils s'adressent à une clientèle présentant une déficience et des incapacités motrices liées à une amputation, à des lésions médullaires, à un accident vasculaire cérébral, à une paralysie cérébrale, etc.

Le nouveau découpage territorial aura un impact sur les territoires historiques de desserte des centres de réadaptation et des ajustements seront requis.

3.5.2 Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) en déficience physique

Six centres hospitaliers de réadaptation (CHR) offrent des services de réadaptation en déficience physique. Ces services sont minoritaires dans cinq des six CHR. Seul l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM) est déjà désigné pour offrir les services spécialisés de réadaptation en déficience physique. Il est recommandé de regrouper et de concentrer le programme au sein d'un autre CHR, le Centre hospitalier Lindsay. Sa mission doit être complémentaire à celle de l'IRM et répondre aux conditions requises.

Les centres de santé et de services sociaux de la région seront tenus d'identifier les liens à développer avec ces services spécialisés en déficience physique.

3.5.3 Hébergement en déficience physique

La vocation suprarégionale pour l'hébergement des personnes sourdes du CHSLD Manoir-Cartierville doit être maintenue et octroyée au Centre de santé et de services sociaux Saint-Laurent/Nord-de-l'Île.

3.5.4 Ressources de type familial et ressources intermédiaires

Le manque de ressources intermédiaires et familiales en déficience physique est problèmatique. Une étude financée par l'Agence est en cours afin de déterminer les ressources requises pour les clientèles francophone et anglophone.

3.6 Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)

Avec la réorganisation du réseau, des implications sont aussi à prendre en compte en regard des besoins de la clientèle atteinte de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement. Sept types d'impacts sont documentés : les territoires des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et les territoires des centres de santé et de services sociaux, les modalités d'admission en CRDI, la programmation et la hiérarchisation des services, les corridors pour les services spécialisés, les corridors pour les services intersectoriels, la modification des tables de concertation et enfin, les ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF).

3.6.1 Territoires des CRDI et territoires des centres de santé et de services sociaux

Trois centres de santé et de services sociaux sont desservis par plus d'un CRDI :

- le centre de santé et de services sociaux Saint-Léonard/Saint-Michel est desservi par les CRDI Gabrielle-Major et l'Intégrale;

- le centre de santé et de services sociaux Des Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc est desservi par Lisette Dupras et par le Centre de réadaptation de l'Ouest de l'île (CROM);
- Centre-Ouest à déterminer en fonction des scénarios retenus.

Différents scénarios devront être étudiés afin d'harmoniser les services sur les 12 territoires.

3.6.2 Modalités d'admission en CRDI

Il n'y a pas d'impact majeur anticipé sur le fonctionnement du mécanisme d'accès en centre de réadaptation sauf une mise à jour sur le plan de la terminologie et du découpage des territoires. De plus, une concentration de ressources avec une masse critique plus importante dans les instances locales peut permettre un traitement plus rapide des demandes.

3.6.3 Programmation et hiérarchisation des services

Le MSSS doit finaliser le cadre de hiérarchisation des services en déficience intellectuelle. Par la suite, des travaux seront menés par l'Agence afin de mettre à jour les services offerts, de développer une compréhension partagée de ce qui relève des services de base, des services spécialisés et ultraspécialisés et de réviser le plan d'organisation des services en déficience intellectuelle. Il sera important de soutenir le réseau pour passer du concept «gestion par type d'établissement» au nouveau concept «gestion par programme clientèle».

3.6.4 Corridors pour les services spécialisés

Le Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement (PREM - TGC) est un programme régionalisé qui devra s'ajuster avec le nouveau découpage des réseaux locaux. Il faut aussi coordonner les travaux en cours pour organiser l'offre de services aux TED, notamment la définition des corridors de services pour l'évaluation diagnostique TED, qui est confiée actuellement à quatre centres hospitaliers (Hôpital Douglas, l'Hôpital de Montréal pour Enfants du CUSM, l'Hôpital Sainte-Justine. et l'Hôpital Rivière-des-Prairies).

3.6.5 Corridors pour les services intersectoriels

En transport adapté, des impacts sont à prévoir sur le plan de dispensation de services. La STM dispose d'un système informatisé pour gérer les demandes des usagers du transport adapté. Dès la confirmation des instances et un plan d'organisation des services bien précisé, la STM doit être avisée très rapidement pour que les adaptations soient faites sans que les usagers soient pénalisés.

3.6.6 Tables de concertation

Il faut repenser l'organisation des tables de concertation : faut-il aller vers 12 tables locales avec un représentant des tables locales qui siégerait à une table régionale?

3.6.7 Ressources intermédiaires et RTF

La gestion des RI-RTF doit demeurer telle qu'elle est pour le moment. En effet, ces nombreuses ressources sont réparties de façon inégale à Montréal et dans les régions avoisinantes. Elles hébergent une clientèle très diversifiée et leur gestion demande une expertise particulière. De plus, des contrats existent entre les établissements gestionnaires et les ressources.

Un bilan de la situation est préalable à toute modification. Dans la perspective où le MSSS favorisera une décentralisation des ressources dans les 12 territoires il faudra :

- examiner la faisabilité d'équilibrer la localisation géographique des RTF-RI qui sont aujourd'hui concentrées dans certains territoires;
- évaluer si tous les niveaux de responsabilités (suivi des ressources et/ou suivi des clients) ont avantage à être intégrés dans les centres de santé et de services sociaux et pour quelles clientèles;
- évaluer le bénéfice attendu d'un tel transfert de responsabilités pour la clientèle et estimer la pertinence de faire ce transfert au niveau des coûts / bénéfices.

3.7 Jeunes en difficulté (0-17 ans)

Pour le programme « Jeunes en difficulté (0-17 ans)», les impacts de la reconfiguration du réseau sur les services de première ligne, les services spécialisés, l'admission et le guichet unique, les ententes et collaborations ainsi que les ressources de type familial et intermédiaire sont traités.

3.7.1 Services de première ligne

Les mesures du programme « Jeunes en difficulté 0-17 ans » liées aux services de première ligne dispensés en vertu de la LSSSS, s'appliquent dans tous les centres de santé et de services sociaux. Le regroupement de CLSC au sein d'un même établissement ainsi que la présence d'un plus grand nombre d'usagers pouvant présenter les mêmes problèmes (masses critiques) peuvent permettre d'offrir, sur l'ensemble des territoires, une gamme commune et plus complète de services de première ligne pour les enfants, les adolescents et leur famille.

Les services psychosociaux de première ligne du Programme « Jeunes en difficulté » devront faire l'objet d'arrimage avec les autres programmes et services (Déficience physique, intellectuelle, santé mentale, dépendances, etc.) et ce, pour les clientèles présentant plusieurs problèmes.

Responsabilités des Centres jeunesse

- Les services d'urgence sociale requis par la situation d'un jeune en vertu de la LPJ et de la LSJPA;
- L'assistance et support aux jeunes et à la famille (intervention psychosociale dans le cadre de l'application des mesures (LPJ), intervention de crise et suivi intensif, programme de réintégration sociale pour les jeunes de 16 à 18 ans, etc.);
- Le placement et la gestion de réseaux de milieux de vie substituts;
- L'adoption;
- La recherche d'antécédents biologiques et les retrouvailles;
- La médiation et l'expertise psychosociale à la Cour supérieure sur la garde d'enfants;
- Les fonctions suivantes qui sont sous la responsabilité exclusive du Directeur de la protection de la jeunesse
  - Réception/traitement des signalements
  - Évaluation/orientation des demandes d'intervention auprès des jeunes contrevenants
  - Révision des mesures

Enfin ces services devront aussi faire l'objet d'arrimage avec ceux offerts dans le cadre du programme « Services généraux-activités cliniques et d'aide » et celui de santé publique, notamment pour tout ce qui touche la périnatalité, la petite enfance et la jeunesse.

3.7.2 Services spécialisés

Les services spécialisés (2e ligne) sont dispensés par les deux centres jeunesse de la région aux jeunes en difficulté et leur famille dans chacun des territoires des instances locales. Aucun changement n'est prévu à court terme.

Une importance accrue doit être cependant accordée à la dispensation de ce type de services à proximité des milieux de vie et ce, en complémentarité aux services de 1re ligne. Les modalités peuvent varier, allant d'une déconcentration des services spécialisés sur le territoire local, à l'établissement d'ententes entre les établissements.

3.7.3 Admission et Guichet unique

Actuellement, les admissions se font par différentes portes d'entrée : accueil dans les CLSC, services sociaux scolaires, réception et traitement des signalements (Direction de la protection de la jeunesse), références au directeur provincial en fonction de la loi sur le système de justice pénale. Ces deux dernières portes d'entrée sont rattachées administrativement aux centres jeunesse.

Dans le cadre du programme « *Services généraux-activités cliniques et d'aide* », il importe de rappeler la mesure du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 prévoyant la mise sur pied d'un guichet enfance-famille-jeunesse pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les enfants, les jeunes et les familles. Jusqu'à présent, les services offerts par les CLSC en milieu scolaire font partie intégrante de ce guichet. Ce mécanisme d'accès devra être simple et bien connu de l'ensemble de la population.

Cette mesure ne concerne toutefois pas la réception et le traitement des signalements ainsi que les fonctions d'évaluation et d'orientation en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse, sous la responsabilité du DPJ, ainsi que les références en fonction de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents (LSJPA), sous la responsabilité du DPJ et dont la responsabilité administrative relève des Centres jeunesse.

Les modalités d'implantation de ce type de guichet restent à définir par chaque instance et ce, en fonction des besoins de la population et des caractéristiques de son territoire.

3.7.4 Ententes et modalités de collaboration

Il existe déjà aux niveaux régional et local, des ententes ou modalités entre les divers partenaires du réseau sociosanitaire, offrant des services de base (1re ligne) et spécialisés (2e ligne) aux jeunes en difficulté et à leur famille. Ces ententes devront être adaptées en fonction des nouvelles balises présidant à la réforme. Plus particulièrement, il s'agit ici :

- du Guide de collaboration CLSC-Centres jeunesse qui vise, dans une perspective de continuité et de complémentarité, un partage des responsabilités entre ces deux établissements. L'application de ce guide doit viser en priorité les jeunes dont le signalement n'a pas été retenu et dont les situations requièrent la dispensation de services.

- de la poursuite de l'expérimentation et de l'évaluation du modèle d'équipe intervention jeunesse sur une base locale et réunissant divers partenaires du réseau pour donner une réponse aux besoins des jeunes et des familles dont les situations font l'objet d'une impasse clinique ou administrative.

D'autres ententes restent à élaborer ou à consolider, notamment celles permettant l'accès à des services offerts dans le cadre des programmes suivants :

- santé mentale : des ententes sont prévues au Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, des mesures visant à favoriser un meilleur accès aux services de santé mentale tant en CLSC, CHSGS que dans les Centres jeunesse pour la clientèle des jeunes hébergés;
- déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- dépendances;
- déficience physique;
- santé physique.

Des travaux actuellement en cours au MSSS et visant à préciser les différents paramètres du *continuum de services spécialisés* pour les jeunes et leur famille, viendront baliser les paramètres de ces ententes.

Il faut enfin noter l'importance des collaborations avec les divers partenaires issus d'autres secteurs (Ville de Montréal, réseau des CPE, commissions scolaires, de la justice, etc.). Certaines existent déjà, dont :

- le cadre de collaboration entre le Regroupement des centres de la petite enfance de l'Île de Montréal, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, le Regroupement des CLSC de Montréal et le Centre jeunesse de Montréal;
- l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes);
- l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

L'ensemble de ces ententes entre les établissements du réseau ou d'autres partenaires seront à revoir en fonction de nouveaux réseaux locaux, de la définition des nouveaux territoires qui s'y rattachent et de l'importance à accorder à la dispensation de services à proximité des milieux de vie des clientèles.

3.7.5 Ressources intermédiaires et ressources de type familial

La LSSSS prévoit que les centres jeunesse sont responsables des placements et de la gestion de milieux de vie substituts. Au fil des années, ils ont ainsi développé une expertise en cette matière.

La distribution des ressources intermédiaires et familiales entre les instances locales apparaît difficilement réalisable compte tenu :

- de la répartition inégale de ce types de ressources sur les différents territoires;
- du grand volume de ressources dans la région de Montréal;
- du défi de gestion qu'elles représentent;
- de la complexification des tâches de gestion notamment due à la nécessité d'établir des ententes entre les instances locales pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté dans leur territoire respectif.

Le maintien de la responsabilité RTF-RI aux centres jeunesse représente une garantie de la stabilité du continuum de services existants.

3.8 Dépendances

3.8.1 Alcoolisme et toxicomanies

Les services de première ligne
Les problèmes de dépendance (alcoolisme et toxicomanie) et les problèmes liés à la dépendance (violence, décrochage, accidents, maladies et décès) doivent être reconnus et faire l'objet d'une organisation de services dans chacune des centres de santé et de services sociaux. Pour se faire, il faudra :

- maintenir et développer les programmes de prévention;
- rendre les services médicaux disponibles pour le traitement des dépendances;
- former les intervenants de première ligne au dépistage et à l'intervention précoce.

Actuellement, le Programme régional en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies est implanté dans 17 des 29 territoires de CLSC. Dans le cadre du nouveau découpage territorial, seul le centre de santé et de services sociaux de Lac Saint-Louis /Pierrefonds ne dispose pas d'une infrastructure de base pour ce programme.

Le programme Alcochoix vise le contrôle de la consommation. C'est un programme offert par les CLSC Mercier-Est / Anjou, La Petite Patrie, Nord de l'Île et Lac Saint-Louis et qui devra rester accessible à l'ensemble de la population de la région.

Les services spécialisés
Le statut particulier de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM, de l'Hôpital général de Montréal du CUSM et de l'Hôpital général Juif devra être pris en considération lors des ententes pour le traitement des dépendances. Ils détiennent un mandat suprarégional pour le traitement à la méthadone et pour les services de désintoxication médicale, notamment pour la clientèle anglophone.

Des corridors de services seront requis par les centres de réadaptation pour obtenir des services médicaux en santé physique et en santé mentale.

Ressources intermédiaires et familiales
Il n'existe pratiquement pas de ressources intermédiaires et familiales pour les personnes dépendantes. En tout, six familles rattachées au Centre Dollard-Cormier offrent 33 places. Il n'existe aucune ressource intermédiaire.

3.8.2 Jeu pathologique

Les services de traitement pour contrer le jeu pathologique sont déjà distribués sur une base régionale. Ils resteront accessibles à l'ensemble de la clientèle provenant de tous les réseaux locaux. Les services offerts sont :

- ligne d'aide téléphonique (24 / 7);
- intervention de crise au Casino (joueurs du Casino exclusivement);
- thérapie pour adolescent(e)s au Centre Jean Lapointe;
- thérapie au centre de crise Le Transit.

Le Plan 2003-2004 *« La santé en actions »* prévoit toutefois le développement de services de première ligne dans les réseaux locaux.

Les ententes existantes devront être maintenues. Il faudra en outre élaborer des mécanismes d'accès entre les centres de santé et de services sociaux et les services spécialisés (Centre Dollard-Cormier, Maison Jean Lapointe, Pavillon Foster et Orientation Praxis) en fonction des besoins et de la concentration de la clientèle.

Ententes existantes

- Entente entre l'Agence et le Pavillon Foster (relevant de l'Agence de la Montérégie) pour desservir la clientèle anglophone et la clientèle provenant des communautés culturelles;
- Entente pour les services d'intervention en situation de crise avec Maison Jean Lapointe et Centre de crise Le Transit.

3.9 Problèmes sociaux montréalais

3.9.1 Itinérance

Services de première ligne
Toutes les instances locales devront être en mesure d'assurer l'accès aux personnes sans domicile fixe (SDF) aux programmes des services généraux des centres de santé et de services sociaux. En itinérance, les services de 1re ligne s'offrent en partenariat avec d'autres acteurs dont la Ville, le Service de police et les organismes communautaires (ex. : UPS-Justice, hébergement d'urgence durant la saison froide, repas et accompagnement, etc.).

Le CLSC des Faubourgs a développé une expertise particulière auprès des personnes sans domicile fixe et dispose d'une équipe vouée à cette clientèle (adulte, jeune) pour des services médicaux, psychosociaux et pour le travail de rue.

Services spécialisés
Les SDF doivent accéder directement à des services spécialisés en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique dans les centres de réadaptation prévus à cet effet. Des corridors de services sont à développer entre les centres de santé et de services sociaux et les services spécialisés dans les territoires avec une plus forte concentration de clientèles. Il existe déjà des corridors de services spécialisés pour les clientèles avec double problématique santé mentale et toxicomanie entre le CR Dollard-Cormier et le CH Louis-H. Lafontaine.

3.9.2 Violence conjugale

Services de première ligne
En matière de violence conjugale, les services de première ligne offerts par les centres de santé et de services sociaux sont : le dépistage, la prévention, l'intervention individuelle et de groupe auprès des femmes victimes de violence conjugale, des enfants exposés à la violence conjugale, des conjoints violents et des agresseurs. C'est le CLSC du Plateau Mont-Royal qui assume un mandat régional pour les services psychosociaux à la cour, alors que le CLSC Saint-Louis-du-Parc offre une formation sur le dépistage.

Services spécialisés
Les services spécialisés sont offerts par les centres jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse, notamment à partir des signalements retenus. Des ententes de services entre les instances locales et les Centres jeunesse seront nécessaires, de même que des collaborations avec les organismes communautaires.

Ententes

- Application de l'entente de collaboration CJ-CLSC;
- Application du Protocole de collaboration intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale.

3.9.3 Agressions sexuelles

En matière d'agressions sexuelles, les services offerts par les centres de santé et de services sociaux et les quatre centres désignés pour l'utilisation des trousses médicolégales et médicosociales (CHUM, CUSM, Hôpital Sainte-Justine et Hôpital de Montréal pour enfants) sont : le dépistage, la prévention et l'offre de services spécifiques aux personnes victimes et aux agresseurs, notamment en suivis individuels et en groupes d'entraide.

La révision des ententes déjà établies entre les divers fournisseurs de services (CLSC, DPJ, santé mentale, déficience intellectuelle et déficience physique) sera nécessaire, tout comme le maintien du mandat confié aux centres désignés.

3.9.4 Prostitution - Services de première ligne

Services généraux
Les personnes concernées devront avoir accès aux services généraux dans les centres de santé et de services sociaux, incluant le dépistage et la prévention des MTS, du VIH, de l'hépatite C, etc..

Services spécialisés
Les instances locales réfèreront aux services spécialisés selon les besoins identifiés : toxicomanie, santé mentale, etc.

3.10 Santé mentale

3.10.1 Programmation et hiérarchisation des services

En santé mentale, des travaux devront être complétés tant par le MSSS que par l'Agence afin de :

- définir et mettre à jour le panier de services;
- classifier les services en s'appuyant sur le canevas du ministère portant sur la hiérarchisation des services;
- refaire le portrait de l'offre des services des différents dispensateurs de services à partir des nouvelles instances locales;
- définir les mandats et responsabilités, pour les services ambulatoires et hospitaliers (centres de santé et de services sociaux versus autres établissements);
- définir les budgets moyens par service;
- évaluer la pertinence de l'organisation de services actuelle (est-ce que les services sont dispensés par les dispensateurs les plus appropriés en terme de qualité et de coût/bénéfice?)
- et, en fonction des résultats, préparer, avec les partenaires, un plan de transformation des services de santé mentale tenant compte des réalités actuelles.

3.10.2 Services de psychiatrie et de pédopsychiatrie dans les centres de santé et de services sociaux

Seulement trois centres de santé et de services sociaux projetés intègrent des hôpitaux ayant un département de psychiatrie et seulement un disposera d'un département de pédopsychiatrie (La Petite Patrie/Villeray).

Centres de santé et de services sociaux ayant un département de psychiatrie

Lac Saint-Louis/Pierrefonds;
Ahuntsic/Montréal-Nord;
Petite-Patrie/Villeray.

La psychiatrie générale étant considérée comme une spécialité de base devant faire partie de l'offre de services des instances locales, il y aura une offre de services inégale des centres de santé et de services sociaux à Montréal. Des solutions devront être formulées.

Dans un contexte où les effectifs médicaux (psychiatres) sont en décroissance et, compte tenu du déséquilibre marqué dans la distribution actuelle des ressources psychiatriques (tant médicales que professionnelles), une déconcentration des services pose des questions préalables. Il faudra, avec les partenaires et à partir d'un portrait remis à jour, reconsidérer toute l'organisation des services spécialisés et valider, notamment en psychiatrie, la pertinence de maintenir la déconcentration de ces spécialistes. Enfin, il faudra aussi soutenir les ententes de services entre

les établissements spécialisés (CH psychiatriques) visant une desserte équitable avec chaque instance locale.

Corridors pour les services spécialisés
Il existe de nombreuses ententes interétablissements ou organismes, souvent issues de projets pilotes ou d'initiatives de partenaires, de même que des ententes interrégionales souvent informelles et à sens unique (demandes des régions à Montréal). La formalisation des corridors de services en santé mentale, dans le cadre des responsabilités des RUIS, devrait aider à clarifier la disponibilité de ressources pour la population montréalaise.

L'arrimage entre les services des médecins généralistes et des médecins spécialistes (soins partagés) devra également faire l'objet de travaux importants.

Accès aux services
L'articulation entre les centres de santé et de services sociaux et certains services spécialisés devra tenir compte des mandats confiés par la loi à certaines instances ou établissements. Nous listons ci-après certains paramètres à respecter.

Curatelle
Des services d'évaluation médicale et psychosociale devraient être disponibles dans tous les centres de santé et de services sociaux.

3.10.3 Psychiatrie légale

Aptitude à comparaître avec ou sans éléments de dangerosité
L'évaluation de l'état mental qui doit être fait par un médecin et qui ne requiert pas d'expertise particulière pourra être offerte en première ligne, dans chaque centre de santé et de services sociaux. Pour les aptitudes à comparaître avec éléments de dangerosité, l'évaluation de l'état mental qui doit être fait par un médecin serait confiée à l'Institut Philippe Pinel (IPPM).

Responsabilité criminelle
Pour ces services de 3^{e} ligne requérant une expertise psychiatrique particulière et un plateau technique complexe, l'IPPM demeurera l'établissement désigné.

Garde
Ces services, offerts à environ 120 personnes par an, nécessitent une hospitalisation moyenne de 6 mois mais ne requièrent aucune expertise particulière. Tous les CHSGS de Montréal sont actuellement désignés, mais l'Agence propose de ramener à 3 le nombre de CH qui seraient désignés pour ce type de service.

3.10.4 Loi 38.01

Garde provisoire et prolongée
Ce service d'évaluation est déjà inclus dans les services de base en CLSC et continuera d'être offert dans chaque centre de santé et de services sociaux.

Garde préventive
- Estimation de la dangerosité pour toute clientèle liée aux centres de santé et de services sociaux, service de première ligne pour tous les centres de santé et de services sociaux;

- Estimation de la dangerosité pour clientèle en général, service d'évaluation 24/7, assumé par UPS- Justice : mandat particulier à négocier avec une ou deux instances (en fonction du volume annuel et du territoire à couvrir en fonction d'un délai de réponse de 20 minutes).

Réadaptation intensive et hospitalisation de longue durée

- Confirmer ce mandat régional de 3e ligne à l'Hôpital Douglas et Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Confirmer le nombre de lits (0,15/1000 habitants et % hors région)
- Transférer le mécanisme d'accès en incluant un processus de règlement de litige

3.10.5 Ressources intermédiaires et RTF

La gestion des RI-RTF doit demeurer telle qu'elle est actuellement pour le moment. En effet, ces ressources sont nombreuses, réparties de façon inégale sur le territoire de l'île et dans les régions avoisinantes, hébergent une clientèle très diversifiée et leur gestion demande une expertise particulière. De plus, des contrats existent entre les établissements gestionnaires et les ressources.

Il est souhaitable de faire un bilan de la situation avant de faire quelque mouvement que ce soit. Dans la perspective où le MSSS favorisera une décentralisation des ressources dans les 12 territoires, il faudra :

- examiner la faisabilité d'équilibrer la localisation géographique des RTF-RI qui sont aujourd'hui concentrées dans certains territoires;
- évaluer si tous les niveaux de responsabilités (suivi des ressources et/ou suivi des clients), ont avantage à être intégrés dans les centres de santé et de services sociaux et pour quelles clientèles;
- évaluer le bénéfice attendu d'un tel transfert de responsabilités pour la clientèle et estimer la pertinence de faire ce transfert au niveau coûts/bénéfices.

3.10.6 Tables de concertation

Il faudra repenser l'organisation des tables de concertation. Faudra-t-il aller vers 12 tables locales avec un représentant des tables locales qui siégerait sur une table régionale ?

3.11 Santé physique

3.11.1 Chirurgies

En orthopédie, bien qu'on assiste à une concentration des chirurgies de prothèse totale de la hanche et du genou à l'Hôpital Jean-Talon et à l'Hôpital général Juif, les hôpitaux qui ont des départements d'orthopédie continuent à pratiquer ce type de chirurgie.

Concentration de chirurgies :

Prothèse totale de la hanche et du genou :
- CH Jean-Talon, CH Juif.

Cataractes :
- CH Lachine, CH St-Mary, Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- CH satellites : Fleury, Lakeshore.

À l'instar de l'orthopédie, les chirurgies de la cataracte tendent à être concentrées aux centres hospitaliers de Lachine, St-Mary et Maisonneuve Rosemont. Des CH satellites interviennent également, les CH Fleury et Lakeshore. Par ailleurs, les autres CH qui ont un département d'ophtalmologie continuent à pratiquer cette chirurgie.

Les programmes régionaux sont maintenus dans le cadre du nouveau découpage territorial.

3.11.2 Traumatologie

Le nouveau découpage territorial des centres de santé et de services sociaux n'a pas d'impact sur les centres tertiaires et secondaires en traumatologie et sur les centres d'expertise pour les adultes victimes de brûlures graves.

Centres tertiaires en traumatologie :
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal ;
Hôpital Général de Montréal du CUSM ;
Hôpital Sainte-Justine du CHUME ;
Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM.

Centres secondaires régionaux en traumatologie :
Hôpital Santa-Cabrini ;
Hôpital Jean-Talon.

Centres d'expertise de l'Ouest du Québec pour les adultes victimes de brûlures graves :
Pavillon Hôtel Dieu du CHUM ;
CHR Villa Médica.

3.11.3 Réadaptation : Programme de santé physique

Six centres hospitaliers de réadaptation (CHR) offrent des services à la population. Les CHR offrent des soins et services dans deux programmes clientèles : la santé physique et la déficience physique.

CHR publics
Institut de réadaptation de Montréal;
Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut;
L'Hôpital de réadaptation Lindsay;
Centre hospitalier Richardson.

CHR privés
Hôpital Marie-Clarac;
Villa-Médica.

Les soins et services du programme santé physique incluent des soins de convalescence active à court terme (jusqu'à 2 semaines) et à moyen terme (de 2 à 12 semaines) ainsi que des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). Les soins de convalescence active comprennent des soins médicaux, infirmiers et des services courants de réadaptation. Ils sont offerts à une clientèle qui, suite à un traitement ou à une intervention pour des problèmes de santé ponctuels et transitoires dans un centre hospitalier de soins aigus, ne peut retourner immédiatement à domicile.

Les services de réadaptation fonctionnelle intensive du programme santé physique sont dispensés par des professionnels de la réadaptation auprès d'une clientèle qui présente des troubles physiques transitoires, tels que les traitements requis à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, d'une fracture, etc..

Sur les 12 centres de santé et de services sociaux proposés à Montréal, cinq ne disposent pas de lits de réadaptation, soit Pierrefonds Lac St-Louis, LaSalle Lachine, Petite Patrie Villeray, Saint-Léonard Saint-Michel, Rivière-des Prairies Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est. Une proposition de rééquilibrage est en préparation afin d'assurer aux 12 centres de santé et de services sociaux les lits requis.

Il faut maintenir à Villa Médica le mandat de Centre d'expertise de l'Ouest du Québec avec l'Hôtel Dieu du CHUM pour les adultes victimes de brûlures graves.

4. Les principales modalités de collaboration

4.1 Les ententes existantes

Les 88 établissements et installations ayant procédé à l'inventaire de leurs liens et corridors de services ont identifié 1327 ententes distinctes. Les protocoles et ententes interétablissements et organismes dénombrés dans la région sont présentés en annexe 8 et résumées au tableau suivant.

Bilan de la cueillette d'information sur les mécanismes de coordination interétablissements

	Catégories d'établissements								
	CHSLD [1]	CLSC	CHSP [1]	CRDI [1]	CHSGS	CJ/CR jeunes [1]	CRDP/ CHR	CR Dépendances	Total
Nombre total d'établissements sollicités	51	29	4	5	18	4	13	2	**126**
Nombre d'établissements ayant répondu au 27 avril 2004	28	24	4	5	17	3	5	2	**88**
Nombre d'ententes identifiées par les établissements répondants	161	444	195	54	357	67	14	35	**1327**

[1] *Ne comprend pas les ententes avec les ressources RTF-RI*

4.1.1 Ententes des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

L'analyse des 122 ententes et répertoriées dans 25 CHSLD (établissements et installations), excluant les établissements à double vocation (CHSLD/CLSC), montre que :

- 19 CHSLD rapportent des ententes avec des CHSGS relativement à des services auxiliaires, tels les services de laboratoire, de stérilisation et d'entretien des équipements;
- 9 CHSLD font état de leur articulation avec les CLSC dans le cadre du « guichet unique » pour les personnes en perte d'autonomie;
- 9 CHSLD identifient des ententes pour des services de santé mentale offerts par les CH de soins psychiatriques (CHSP);
- 9 CHSLD ont établi des liens pour des services liés aux aides techniques, aux fauteuils roulants ou des services professionnels offerts par les Centres de réadaptation (CR) en déficience physique (motrice, auditive, visuelle, etc.);
- 8 CHSLD identifient les CHSLD avec lesquels ils ont convenu d'échanges de services en cas de sinistres ou dans le cadre de l'application de mesures d'urgence;
- 5 CHSLD font état d'ententes avec des Centres hospitaliers de réadaptation soit pour le transfert de la clientèle en cas d'urgence ou encore, pour des services relatifs aux aides techniques et fauteuils roulants;
- 2 CHSLD ont des liens avec le milieu de l'éducation, la recherche, l'enseignement, les relations internationales et les organismes sans but lucratif (OSBL).

4.1.2 Ententes des CLSC

Dix-huit CLSC ont développé 315 ententes interétablissements. Très peu de CLSC mentionnent leur arrimage avec des CHSLD, des centres de jour, la Direction de la santé publique (programmes de prévention) ou encore leur participation à des tables de concertation.

Les faits saillants observés sont les suivants :

- l'ensemble des CLSC répondants ont établi des liens avec les CHSGS et la majorité d'entre eux ont établi des mécanismes de coordination ou des protocoles avec 3 à 5 CHSGS;
- l'articulation avec les CHSGS concerne plusieurs programmes ou services clientèles. L'encadré donne un aperçu de protocoles liant actuellement les CLSC et les CHSGS;
- presque tous les CLSC (15/18) mentionnent qu'ils ont établi des liens avec d'autres CLSC, dans le cadre de programmes régionaux ou sous-régionaux gérés par certains CLSC (ex. : Centrale Info-santé, psychogériatrie, garde infirmière et médicale, services spécifiques offerts en langue anglaise ou française, services d'aide aux victimes de violence conjugale, CSST, etc.);
- les CLSC se sont fréquemment associés pour convenir d'offrir certains programmes (ex. : soins palliatifs) ou développer des protocoles avec les CHSGS en soins posthospitaliers;
- douze CLSC font état d'ententes avec des CH de soins psychiatriques, des CHSGS ayant un département de psychiatrie ou de pédopsychiatrie et des partenaires intersectoriels (service de police, OSBL);
- dix CLSC rapportent des modalités de liaison avec des centres de réadaptation en déficience physique, des centres de réadaptation dans le traitement des dépendances, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle;
- neuf CLSC identifient des collaborations avec des organismes sans but lucratif et avec le milieu de l'éducation (YMCA Centre-Ville, Maison l'amitié, Projet Refuge, Service d'aide aux Néo-Canadiens, V.O.N., Centre Cummings, différents CEGEPs, les commissions scolaires et des universités par exemple;
- six CLSC mentionnent des ententes avec les centres jeunesse de Montréal (Cadre de collaboration CLSC-CPE-CJ).

Exemples de protocoles liant les CLSC aux CHSGS

- Protocole d'articulation CHCD-CLSC-médecin traitant pour clientèle pré et post hospitalisée
- Désengorgement des urgences des CH
- Services de laboratoire
- Stérilisation
- Guichet unique pour l'accès aux services de longue durée - maintien à domicile
- Interprétation des électrocardiogrammes
- MPOC (Maladies pulmonaires obstructives chroniques)
- Protocole de suivi post-hospitalier pour la clientèle pour prothèse totale du genou et de la hanche
- Programme d'anticoagulathérapie ambulatoire pour le traitement des thrombophlébites profondes
- Programme d'antiobiothérapie intraveineuse
- Programme ambulatoire pour assurer la continuité des soins à domicile des usagers suite à une chirurgie cardiaque
- Traitement ambulatoire à l'Arédia
- Protocole d'entente en soins palliatifs
- Traitement ambulatoire par voie intraveineuse de la pyélonéphrite aiguë
- Administration de Solu-Medrol par voie intraveineuse dans la communauté pour la clientèle avec diagnostic de sclérose en plaques ou polyneuropathie inflammatoire
- Programme de suivi préchirurgie pour les usagers devant être opérés pour une stomie
- Services de réadaptation de maintien à domicile pour les usagers crâniotomisés en complémentarité avec les CLSC
- Protocole de traitement ambulatoire par voie intraveineuse de pyélonéphrite aiguë
- Protocole de suivi en externe pour usager à risque élevé de déshydratation
- Protocole de traitement vésical au Diméthylsulfoxyde (RIMSO) dans la communauté
- Programmes de soins pour les mères et les enfants
- Distribution de médicaments
- Continuum de soins pour les cancéreux
- Programme de soins personnes diabétiques

4.1.3 Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)

Les 5 CRDI de la région ont développé 54 ententes interétablissements :

- tous les CRDI ont des ententes entre eux pour des échanges ou l'achat de services relativement à la prise en charge de clientèles hors territoire. À titre d'exemple, il peut s'agir

d'ententes de réciprocité pour desservir des usagers anglophones ou francophones, ou dans certains programmes socioprofessionnels spécifiques. Le Centre de réadaptation de l'Ouest de l'Île a des ententes pour desservir des usagers de la Montérégie et du Nunavik;

- tous les CRDI sont arrimés avec des centres hospitaliers de soins psychiatriques (Hôpital Louis-H. Lafontaine, Hôpital Douglas, Hôpital Rivière-des-Prairies). Les ententes entre les CRDI et les CHSP couvrent, à titre d'exemples, des services psychiatriques, des services de consultation pour des équipes d'intervenants, des services psychologiques pour la clientèle, l'accès à des lits d'observation et d'hospitalisation, des services dentaires (Hôpital Rivière-des-Prairies), l'accès à une clinique externe (TED), etc.;
- deux CRDI ont établi un processus d'accès et de planification des services avec les centres jeunesse de Montréal;
- un CRDI a développé un processus d'accès avec les CLSC de l'Est de Montréal. Il a aussi une entente avec un CLSC pour des services nursing et des services de santé et sécurité au travail;
- des contrats d'affiliation pour des programmes en éducation spécialisée lient 1 CRDI à 2 CEGEP. Un autre CRDI offre des services de formation à l'intégration sociale à la Commission scolaire Pointe-de-l'Ile et a implanté un service d'apprentissage d'habiletés de travail (SAHT) dans une école de la CECM;
- deux établissements font état d'une variété d'ententes mettant en interrelation des organismes sans but lucratif (OSBL) sur des thématiques telles que l'offre de services de répit, l'accès à des loisirs, à des services de jour, à des HLM, etc.

4.1.4 Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)

Quatre des CHSP ont conclu 195 ententes, à savoir : l'Hôpital Louis H. Lafontaine (HLHL : 97 ententes), l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP : 35 ententes), l'Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM : 34 ententes) et l'Hôpital Douglas (29 ententes).

Les faits saillants sont :

- Les services de consultation psychiatriques associent les 4 CHSP à différents établissements sociosanitaires de Montréal. Un grand nombre de liens sont notamment inventoriés avec des CHSLD et les Centres jeunesse;
- Avec les CHSGS, ces CHSP ont développé des ententes de services relatifs aux analyses de laboratoires, à la lecture d'électrocardiogrammes, aux services médicaux et chirurgicaux ainsi qu'aux services d'urgences;
- Les CHSP sont d'importants lieux de stages pour le milieu collégial et universitaire ainsi que pour les Commissions scolaires et les écoles de métier. Précisons qu'IPPM et HRDP sont d'ailleurs affiliés à l'Université de Montréal;
- L'Hôpital Rivière-des-Prairies se distingue par son offre de soins dentaires notamment aux CRDI de Montréal et à d'autres établissements hors région;
- L'Institut Philippe-Pinel a tissé des liens avec de nombreux partenaires intersectoriels tels que : le ministère de la Sécurité publique, les établissements de détention, la Direction régionale de la probation de Montréal, Immigration-Canada, etc.;
- Les activités de recherche du Centre Fernand Séguin (HLHL) impliquent des ententes notamment avec des compagnies pharmaceutiques.

4.1.5 Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

Quatorze des CHSGS ont développé 357 ententes interétablissements et organismes. Un CHSGS répond qu'il n'a pas d'entente formelle avec des partenaires. Les ententes de services de deux CHSGS ont été traitées avec les ententes des CHSLD. Les faits saillants sont :

- L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal répertorie à lui seul 70 % (252) des ententes identifiées par les CHSGS. Son service d'entretien d'équipements médicaux le met en relation avec 75 établissements et organismes;
- Tous les CHSGS font état des modalités d'articulation avec plusieurs CLSC concernant les soins post-hospitaliers. De nombreux protocoles[7] ont été développés relativement aux thérapies intraveineuses, aux soins palliatifs, aux soins pour personnes diabétiques, aux traitements des maladies pulmonaires obstructives chroniques, aux PTG-PTH, aux maladies cardiaques, etc.;
- De plus, les CHSGS desservent les CLSC pour les services de laboratoire et contribuent au guichet unique pour les personnes en perte d'autonomie. Mentionnons enfin les projets de désengorgement des urgences qui lient CHSGS et CLSC;
- Entre CHSGS, des ententes lient les établissements pour le transfert d'usagers ayant besoin de services surspécialisés (ex. : psychiatrie, pédopsychiatrie, traumatologie, chirurgie cardiaque, installation de stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques, etc.). Des CHSGS hors région sont impliqués;
- Les modalités d'articulation CHSGS-CHSLD lient des centres hospitaliers et des CHSLD.

4.1.6 Centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) et Centres hospitaliers de réadaptation (CHR)

Quatorze ententes interétablissements et organismes ont été développées par 3 des 7 centres de réadaptation en déficience physique qui oeuvrent dans notre région. Deux centres hospitaliers de réadaptation sur 6 font état de 2 ententes.

- Les CR Lucie Bruneau et Constance-Lethbridge ont établi des ententes de collaboration avec des CLSC et des CHSLD de leur territoire réciproque de desserte. Le CR Lucie Bruneau mentionne la téléréadaptation comme support utile et efficace pour la prestation de services;
- L'Institut Raymond Dewar a conclu des ententes avec : CLSC Côte St-Paul/Verdun, CLSC du Ruisseau-Papineau, CLSC - CHSLD de Rosemont, CLSC Olivier-Guimond, Manoir Cartierville/Centre de jour Roland Major, Hôpital juif de réadaptation, Institut Nazareth et Louis-Braille et l'Hôpital Sainte-Justine;
- Du côté des CHR, Lindsay a des ententes de référence de clientèles avec les CLSC : Côte-des-Neiges, Vieux Lachine, Pierrefonds, Métro, René-Cassin, Pointe St-Charles et, St-Laurent. L'Hôpital Marie Clarac utilise les services de laboratoire du CH Fleury.

4.1.7 Centre jeunesse (CJ) et Centres de réadaptation jeunesse

Le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw (32 ententes) et les 2 centres de réadaptation en jeunesse (35 ententes) ont établi 67 ententes interétablissements et organismes. Les faits saillants sont :

Le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw :

- applique le « *Cadre de collaboration CPE de l'Île de Montréal, Regroupement CLSC de Montréal, CJ de Montréal* » et le « *Guide de collaboration CLSC et Centres jeunesse* ».
- a établi des ententes de services professionnels avec :

[7] Pour plus d'informations sur les protocoles, le lecteur peut consulter l'encadré « Exemples de protocoles liant les CLSC aux CHSGS ».

- la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;
- le Centre jeunesse de Montréal et le Centre jeunesse de Laval;
- le Centre hospitalier Douglas (services de pédopsychiatrie);
- le CLSC Métro (Plan d'urgence en cas de sinistre).

- est associé par des protocoles d'entente avec :
  - le Service de police de la Ville de Montréal (vérification des antécédents des employés œuvrant auprès des personnes vulnérables);
  - des organismes communautaires (Société généalogique du Québec, Centre de ressources de la communauté Noire, Services familiaux AMCAL);
  - les CJ de la province relativement aux systèmes d'information (CJ Chaudière-Appalaches, CJ de Québec, CJ de la Montérégie, CJ de Montréal, CJ de la Mauricie et du Centre du Québec);
- est un important lieu de stages pour les CEGEPs (4), les commissions scolaires (2) et l'Université d'Ottawa.

Les Centres de réadaptation jeunesse la Maison Élizabeth et Havre-Jeunesse collaborent avec :

- divers services et programmes du Centre de la jeunesse et de la famille Barshaw;
- l'Hôpital de Montréal pour enfants et le CH Douglas;
- le service de police de la Ville de Montréal;
- les commissions scolaires;
- les organismes communautaires et les tables de concertation.

4.1.8 Centres de réadaptation (Dépendances : alcoolisme et toxicomanies)

Trente-cinq ententes de partenariat et de services sont répertoriées par les Centre Dollard Cormier (26) et le Portage (9).

- en plus des ententes avec le CHUM et le Centre Jeunesse de Montréal, le Centre Dollard Cormier rapporte des ententes de collaboration principalement avec des partenaires intersectoriels (ex. : Entrée libre, Petites mains, Bureaux d'Antoine, Formétal, Buffet Insère-Jeunes, Cuisine collective HM, Resto-Plateau, etc).
- Le Portage collabore avec : le Centre Jeunesse Batshaw, le CLSC St-Henri, le CH Douglas - Clinique externe St-Henri, le YMCA Montréal-centre, les commissions scolaires Lester B Pearson et St-Jérôme, le ministère de la Sécurité publique et les Services Correctionnels Canadiens.

4.2 Principaux corridors de services requis et acteurs concernés

L'objectif de l'Agence est de s'assurer que l'ensemble de la population dispose du même niveau de services et ce, que l'instance locale regroupe ou non un CHSGS. À cet effet, l'Agence compte utiliser les ententes entre les établissements afin d'assurer l'accès aux services.

Selon les orientations données par le MSSS sur l'intégration des services, trois situations vont nécessiter le recours à de telles ententes :

- l'instance locale ne comprend pas un CHSGS; dans ce cas, elle doit conclure un contrat de 1re instance avec un CHSGS afin de pouvoir fournir le panier de services définis par le MSSS comme devant être dispensés localement. Ces contrats ont pour but de formaliser l'engagement des CHSGS non intégrés afin qu'ils fournissent le même niveau de services que s'ils avaient été intégrés aux instances locales.

- L'instance locale intègre un CHSGS mais celui-ci n'est pas en mesure de fournir l'ensemble des services faisant partie du panier de base. L'instance locale doit, à ce moment, procéder par contrat avec d'autres CHSGS afin d'offrir les services prévus.
- Les services spécialisés (2e ligne) et les services ultraspécialisés (3e ligne) dispensés par les centres hospitaliers à vocations régionale et suprarégionale, les centres jeunesses et les centres de réadaptation devront également être rendus disponibles. Lorsque les contrats visant les services hospitaliers généraux et spécialisés de base seront complétés, l'Agence coordonnera cette seconde démarche qui visera à assurer la mise en place de corridors de services formalisés. Ces contrats devront prendre en compte les travaux des RUIS sur la définition du portfolio de services et les bassins de desserte afin d'assurer une complémentarité et une continuité des services.

  Afin d'orienter et de soutenir la démarche de contrats que doivent faire les instances locales et les CHSGS pour garantir l'accès aux services, l'Agence propose un cadre de référence pour les contrats à venir entre les instances locales et les CHSGS. Ce texte vise à :
  - déterminer la gamme de services et les éléments de gestion qui doivent être couverts par ces contrats;
  - proposer un modèle d'entente de services à convenir entre les instances locales et les CHSGS.

Recommandation 11

L'Agence recommande :

- le maintien des corridors existants, des ententes déjà formalisés ainsi que des modalités de gestion des RTF-RI, jusqu'à ce que de nouvelles ententes soient conclues selon le cadre de référence proposé (voir annexe 9 : *Proposition d'un cadre de référence pour les contrats entre les instances locales et les CHSGS*)

4.3 Les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins

Deux principales modalités de participation et de collaboration sont prévues entre les omnipraticiens et les centres de santé et de services sociaux : les CMA et les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) unifiés.

4.3.1 Les centres médicaux associés

Les CMA sont les points d'ancrage reliant les médecins omnipraticiens de 1re ligne avec les instances locales de leur territoire. Ils jouent un rôle de liaison bidirectionnel pour faciliter la prise en charge des clientèles vulnérables et l'accessibilité aux services médicaux.

La fonction de liaison des CMA est accessible à tout omnipraticien, quel que soit son milieu de pratique : groupe de médecins de famille (GMF), cabinet privé, clinique médicale, unité de médecine familiale (UMF), CLSC. Il offre la flexibilité fonctionnelle en contexte métropolitain où dominent trois facteurs importants: multiculturalisme, mobilité des populations et modalités variées d'accès aux services de première ligne. C'est pourquoi, le DRMG de l'Agence propose à la fois de poursuivre ses efforts de promotion du modèle GMF et la mise en place des CMA, à Montréal. Pour jouer ce rôle dans le contexte de la création de 12 centres de santé et de services sociaux, le DRMG adaptera sa structure de coordination pour qu'elle corresponde aux nouveaux territoires et ses coordonnateurs locaux auront besoin du support et de l'appui des centres de santé et de services sociaux.

Responsabilités d'un CMA

Il est attendu que le CMA joue un rôle de leader et qu'il oeuvre, en collaboration avec les cabinets privés de son territoire ainsi qu'avec la Table sous-régionale du DRMG. Pour assumer sa fonction liaison, le CMA forme une alliance avec les cliniques et cabinets privés du territoire en vue de l'intégration de services de 1re ligne, articulés et coordonnés avec le centre de santé et de services sociaux auquel il est rattaché. Ainsi, un CMA peut être la résultante d'un consortium entre un ou plusieurs partenaires - CLSC, GMF, hôpital, autre clinique médicale dite "satellite" - qui, ensemble, concourent à réaliser l'offre de services à laquelle le CMA s'est engagé.

Plus particulièrement, il est prévu que l'offre de service d'un CMA comprendra :

- l'organisation de plages horaires de suivi médical avec et sans rendez-vous pour l'ensemble de sa clientèle;
- l'installation de la fonction liaison entre les différents partenaires - hôpitaux (CHSGS), UMF, GMF et autres cabinets médicaux du territoire;
- l'inscription des clientèles-cibles;
- l'intégration, dans ses interventions et celle de ses collaborateurs, des pratiques cliniques préventives de santé publique;
- l'accessibilité des services infirmiers sept jours sur sept à des heures adaptées aux besoins de la clientèle;
- la coordination avec les services de maintien à domicile du centre de santé et de services sociaux;
- l'accès à la consultation en spécialité médicale;
- l'accessibilité rapide aux examens de laboratoire urgents et à des services urgents d'imagerie médicale;
- la participation à l'évaluation du projet ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des résultats.

L'Agence préconise en outre que le médecin responsable du CMA siège, selon un statut à déterminer, au conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux.

Responsabilités du centre de santé et de services sociaux

Il est prévu que le centre de santé et de services sociaux soutiendra l'implantation du ou des CMA sur son territoire :

- en assurant la disponibilité d'une banque d'heures après entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et MSSS pour la rémunération du médecin responsable et pour compenser les activités médico-administratives et de liaison avec les autres médecins;
- en octroyant un financement récurrent paramétré en fonction des volumes de desserte des clientèles visées et du nombre d'heures-médecins y contribuant;
- en octroyant les ressources financières d'appoint requises pour la réalisation de services diagnostics urgents;
- en attribuant un budget non-récurrent afin de favoriser l'implantation des modalités de fonctionnement du CMA au cours de sa première année d'opération;
- en fournissant les services de bureautique électronique pour le branchement au réseau RTSSS et l'installation des logiciels requis.

Il est entendu qu'une entente locale de partenariat définira les rôles attendus de part de d'autre. Le projet d'entente devra alors être soumis à l'Agence pour approbation, après recommandation du DRMG. Un cadre de référence est inclus à l'annexe 10.

Recommandation 12

L'Agence recommande :
qu'une entente locale de partenariat spécifie les rôles attendus du centre médical associé, du centre de santé et de services sociaux et du département régional de médecine générale selon le cadre de référence spécifique proposé.

4.3.2 Les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens unifiés

Les enjeux du regroupement des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de chacun des centres de santé et de services sociaux, posent un certain nombre de préoccupations aux médecins de Montréal dont celle du partage équitable des voix pour la prise de décision. La nouvelle approche par réseaux locaux de services amène à repenser les modalités de fonctionnement traditionnelles des structures médicales. Comme tout changement de paradigme, il convient de procéder avec pondération et par étape pour assurer, à chacun des partenaires médecins, sa place dans la conduite des affaires médicales cliniques et administratives du centre de santé et de services sociaux.

La composition de l'exécutif du CMDP unifié ainsi que la reconstruction du plan d'organisation médicale du centre de santé et de services sociaux doivent traduire la nouvelle responsabilité de l'instance locale en matière de prise en charge de la population. Elle doit également tenir compte du nouveau mode de répartition et de distribution des ressources par programmes-services définis par le ministère.

Bien que des travaux ultérieurs soient à prévoir avec les médecins concernés, l'Agence retient les prémisses suivantes comme base de discussion, pour la formation de l'exécutif du CMDP unifié:

- la fonction première du CMDP est de veiller à la qualité de l'acte médical ainsi que de donner son avis sur l'organisation des soins médicaux;
- la modalité de gestion des activités de soins médicaux par programmes cliniques porte en soi sur l'organisation des soins médicaux;
- l'identification au milieu et à la confrérie de pratique médicale est une dimension forte de l'appartenance au groupe, ce qui doit être pris en compte dans les formules « évolutives » de représentativité;
- des représentations doivent être protégées, afin d'assurer le mandat d'ensemble du centre de santé et de services sociaux, dont celui de la dispensation de services de 1re ligne forte, issue de la collaboration entre partenaires médicaux en périphérie du réseau et ceux de la 2e et 3e ligne.
- des mécanismes adaptés (ex. comités par programmes) devront être créés pour permettre à tous les médecins de trouver un lieu pour échanger sur les problématiques qui les touchent.

Recommandation 13

L'Agence recommande :
- que le modèle de représentativité de l'exécutif du CMDP soit basé sur celui de la composition de la Commission médicale régionale (CMR).

4.4 Les liens avec les RUIS

Les membres d'un RUIS ont la responsabilité collective de garantir, à toute la population de leur bassin de desserte, un accès équitable et dans les meilleurs délais possibles aux services ultraspécialisés et de soutenir les établissements régionaux de leur bassin de desserte dans leur offre de services de première et deuxième lignes.

Plusieurs CHSGS, membres des RUIS de Montréal, sont nommément identifiés pour agir à titre d'hôpital de 1re instance là où il n'y a pas de CHSGS local. Tous les hôpitaux membres des RUIS seront aussi appelés, soit à compléter l'offre de services de soins de 1e et 2e lignes dans certains territoires, soit à assurer des services ultraspécialisés à la population montréalaise, notamment dans leur bassin de desserte.

À Montréal, l'existence de deux RUIS en lien avec les universités de Montréal et McGill suscite des discussions quant au partage des bassins de desserte. Si des territoires de proximité de chacun des établissements membres du RUIS font consensus entre les deux RUIS, d'autres territoires pourraient être attribués à l'un ou l'autre, compte tenu de la diversité et des habitudes des populations qui y résident et des offres de services proposées par les RUIS.

Selon les avis écrits déposés par les RUIS, certaines zones d'influence font unanimité. Pour le RUIS de l'Université de Montréal :

- Ahuntsic et Montréal-Nord;
- La Petite Patrie et Villeray;
- Saint-Léonard et Saint-Michel;
- Hochelaga-Maissoneuve, Olivier-Guimond et Rosemont;
- Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.

Pour le RUIS de l'Université McGill :

- Pierrefonds et Lac Saint-Louis;
- LaSalle et du Vieux Lachine;
- Notre-Dame-de-Grâces/Montréal-Ouest et René-Cassin;
- Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension.

Les deux RUIS identifient cependant comme partie intégrante de leur bassin de desserte les territoires locaux ou des parties de ces territoires suivants :

- Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles
- Nord-de-l'île et Saint-Laurent
- Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc

Quelle que soit la décision finale quant au contour des bassins de desserte des RUIS, les mêmes modalités d'ententes prévues avec les autres CHSGS s'appliquent avec les établissements des RUIS.

Recommandation 14

L'Agence recommande :

- que soit envisagée une desserte conjointe par les établissements membres des deux RUIS montréalais des territoires :
  - Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles
  - Nord-de-l'île et Saint-Laurent
  - Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc

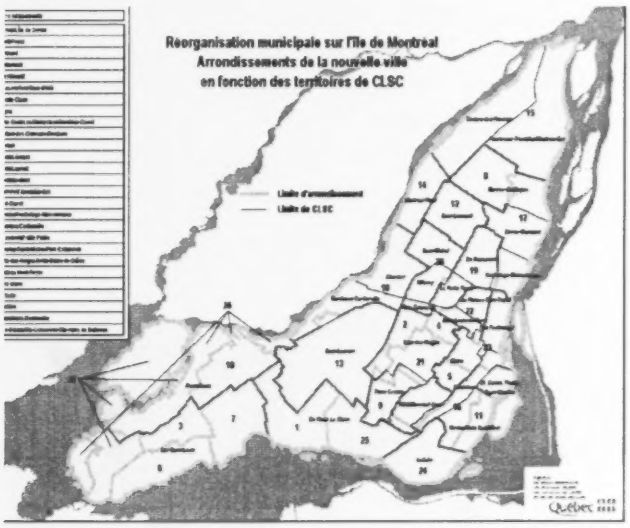
5. Maintenir et améliorer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

L'Agence, les centres de santé et de services sociaux et les établissements spécialisés ne peuvent seuls réussir à améliorer la santé et le bien-être des montréalais et il est clair que l'atteinte de cet objectif passe par la création de partenariats efficaces avec le milieu municipal, le milieu de l'éducation, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale.

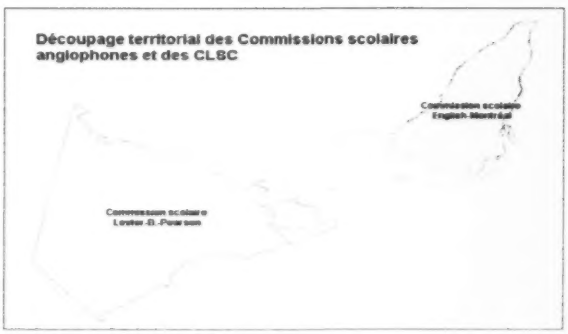
L'Agence entend donc poursuivre les orientations arrêtées à cet égard de son Plan stratégique « *La santé en actions* », adopté en septembre 2003.

5.1 Le partenariat avec la Ville de Montréal, les commissions scolaires et les universités

Les balises nationales concernant la mise sur pied des réseaux locaux de services, indiquaient que les territoires proposés devraient tendre à s'harmoniser, autant que possible, avec le découpage d'autres territoires administratifs.



On notera qu'au point de départ, les territoires locaux sont très différents au plan municipal, scolaire et sociosanitaire. Ainsi, lorsqu'on compare les 27 arrondissements de Montréal aux 29 territoires actuels de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement : Montréal-Nord, St-Léonard et LaSalle. Dans le cas des 5 commissions scolaires, les territoires correspondant à trois vastes sous-régions du côté francophone et à deux du côté anglophone se superposent.



En apparence, la solution la plus évidente serait de réorganiser les découpages des différents acteurs sur la base des arrondissements municipaux. Même si cela paraît rationnel, cette solution n'est pas réaliste à court terme.

En effet, la Ville de Montréal vient à peine d'être créée et ses arrondissements sont le fait d'un compromis politique assurant le plus possible la préservation des limites territoriales des anciennes municipalités. En conséquence, la population des arrondissements varie de 17 322 (Dorval-Île Dorval) à 142 161 (Villeray-St-Michel-Parc Extension).

Il est logique de penser qu'à long terme, la carte municipale subira des ajustements. Cependant, à court terme, cela est fort peu probable, compte tenu du débat en cours sur l'avenir de la Ville de Montréal.

De plus, certains paramètres devant être respectés dans l'élaboration de la carte sociosanitaire ne facilitent pas l'arrimage parfait avec les découpages municipaux et scolaires. Ainsi, les territoires sociosanitaires doivent regrouper des territoires de CLSC complets de façon à préserver la continuité des données sociosanitaires sur l'état de santé de la population. De plus, le découpage sociosanitaire doit tenir compte des bassins de desserte des institutions et des aspects linguistiques qui sont déterminants dans l'utilisation des services.

En conséquence, le découpage proposé pour la mise sur pied des réseaux locaux de services à Montréal ne permet pas d'assurer un arrimage parfait avec les découpages municipaux et scolaires. Il représente cependant une amélioration par rapport à la situation actuelle.

Dans le cas des arrondissements, 20 des 27 arrondissements feront affaire avec un centre de santé et de services sociaux. (voir annexe 11). Le seul arrondissement où la situation ne s'améliore pas avec le nouveau découpage sociosanitaire est Villeray/St-Michel/Parc Extension, qui continuera à faire affaire avec trois centres de santé et de services sociaux différents, principalement pour des raisons linguistiques et ethnoculturelles.

Dans le cas des commissions scolaires, le nombre d'interrelations diminue comme on peut le constater au tableau suivant :

	Nombre	
Commission scolaire	**CLSC**	**CSSS**
Pointe-de-l'Île	5	3
Montréal	20	9
Marguerite Bourgeois	11	5
English Montreal	26	9
Lester B. Pearson	5	3

Malgré cette complexité qui demeure, plusieurs éléments sont favorables à une meilleure coordination et à une meilleure intégration des interventions des partenaires municipaux, scolaires et sociosanitaires en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

Recommandation 15

L'Agence recommande :

- de maintenir sa contribution aux mécanismes de concertation intersectorielle existants à Montréal, dont, notamment, :
  - la mise en œuvre du contrat de ville entre Montréal et le Gouvernement du Québec;
  - les zones prioritaires communes d'intervention concertée : Ville, commissions scolaires, Agence;
  - le bureau de partenariat Ville-Agence, établi en 2003, qui a pour mandat de développer des stratégies d'intervention concertée et d'assurer le suivi des projets conjoints;
  - la Table des partenaires pour la réussite, la persévérance et le raccrochage scolaire et le Carrefour de lutte au décrochage scolaire;
  - les tables de concertation locales;
- de contribuer à améliorer les outils de concertation intersectorielle :
  - en collaborant à l'établissement d'un mécanisme de coordination de haut niveau entre la Ville, les commissions scolaires, le ministère de l'Éducation et l'Agence, visant l'harmonisation et la synchronisation des plans stratégiques et des interventions visant les jeunes et les familles;

Recommandation 15 (suite)

L'Agence recommande :

- en collaborant, comme le recommande la Ville, à la mise en place de bases de références identiques pour les compilations de données statistiques permettant une information partagée et accessible en fonction des territoires de chacun : arrondissements, centres de santé et de services sociaux, commissions scolaires;
- en se dotant, à travers le Bureau de partenariat, de mécanismes de concertation spécifiques en matière d'habitation et de modification de la vocation des immeubles;
- en précisant et en clarifiant, compte tenu du nouveau contexte, les modalités de concertation et de suivi avec les commissions scolaires au sujet des services de santé et des services sociaux;
- en supportant les centres de santé et de services sociaux dans la mise en œuvre des plans d'action locaux de santé publique dont ils seront responsables dans le cadre du plan d'action régional « *La prévention en actions* », adopté en septembre 2003;
- en favorisant la généralisation et l'harmonisation des programmes de prévention efficaces accessibles dans les territoires locaux.

En plus, Montréal étant un véritable pôle universitaire avec ses quatre universités, ses six écoles à vocation spécifique, ses 5 000 professeurs et chercheurs, l'Agence entretient de nombreux liens avec le milieu universitaire, notamment avec l'université de Montréal et l'Université McGill par le biais des RUIS.

Recommandation 16

L'Agence recommande :

- qu'une représentation de la Ville, des commissions scolaires et des universités soit assurée au conseil d'administration de l'Agence.
- qu'une représentation des arrondissements et des commissions scolaires soit assurée au conseil d'administration des centres de santé et de services sociaux.

5.2 Le partenariat avec les organismes communautaires

L'Agence réitère les orientations qu'elle a adoptées en septembre 2003 à l'égard des organismes communautaires :

- le respect de l'autonomie des organismes communautaires;
- la reconnaissance des organismes communautaires comme outil de participation des citoyens et de développement social;
- la reconnaissance du rôle et de la contribution des femmes dans le développement du milieu communautaire.

En conséquence, l'Agence continuera à poursuivre les objectifs suivants :

- valoriser, promouvoir et soutenir l'action communautaire dans son ensemble;
- valoriser, soutenir et consolider l'action communautaire autonome;
- reconnaître et soutenir l'action bénévole.

Recommandation 17

L'Agence recommande :

- le maintien d'une approche régionale de financement intégré de l'action communautaire;
- la modulation du financement selon les trois modes suivants :
  - le financement en appui à la mission globale des organismes communautaires constituant la portion prépondérante du financement;
  - le financement d'ententes de services pour des services complémentaires à ceux du réseau public;
  - le financement d'activités particulières et de projets ponctuels ou de courte durée.

5.3 Les entreprises d'économie sociale

L'Agence reconnaît le rôle important joué par les entreprises d'économie sociale en aide domestique, particulièrement à l'égard des clientèles en perte d'autonomie référées par le réseau public. Par des services d'aide domestique, ces entreprises complètent l'offre de services cliniques assurés par les CLSC.

Actuellement, Montréal est desservie par 11 entreprises œuvrant dans ce secteur. Elles produisent annuellement 532 000 heures de services au profit de plus de 12 000 personnes, dont près de 70 % sont des personnes âgées. Ce secteur d'activité, en développement depuis 1995, a créé plus de 500 emplois permanents.

Chacune de ces entreprises dessert un territoire défini et a établi des relations continues avec un ou plusieurs CLSC. La création de centres de santé et de services sociaux nécessitera une réflexion sur les territoires de desserte de ces entreprises et des ententes de collaboration avec les établissements.

Le problème le plus important des entreprises est l'écart persistant et structurel entre leur prix de revient et leurs revenus par heure de service. En moyenne, cet écart est de près de 4,00 $ l'heure. Pour la plupart des entreprises, une augmentation des services rendus entraîne des pertes additionnelles. Sauf exception, la pérennité des entreprises est menacée à court terme.

Pour l'Agence, ce problème structurel doit trouver une solution permanente avant de procéder à la décentralisation de ce programme.

Recommandation 18

L'Agence recommande :

- Que le budget octroyé permette d'augmenter les revenus des entreprises d'économie sociale dans le secteur de l'aide domestique notamment en reconnaissant les frais de gestion de dossiers et les frais réels en milieu urbain (déplacements, loyer des bureaux etc.).

6. La stratégie d'implantation

La stratégie d'implantation du nouveau modèle d'organisation des services doit viser d'abord et avant tout à mobiliser les membres des conseils d'administration, les directeurs généraux, les médecins, les cadres et l'ensemble du personnel vers les objectifs poursuivis, soit :

- de meilleurs résultats de santé et de bien-être;
- des soins plus satisfaisants parce que continus et complets;
- des services accessibles au bon endroit et au bon moment.

Dans cet esprit, les administrateurs, les gestionnaires et les personnes qui prodiguent les soins et les services devront bénéficier de tout le support nécessaire tout au long de l'implantation des réseaux.

Dès l'été 2004, l'Agence sera appelée à soutenir la mise sur pied des centres de santé et de services sociaux ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet clinique. Pour ce faire, elle aura à collaborer très étroitement avec les administrateurs, les directions générales, les cadres supérieurs et le leadership médical des centres de santé et de services sociaux et à leur apporter le support et les outils nécessaires pour assurer le meilleur départ possible aux réseaux locaux de services.

6.1 Le soutien à l'implantation et à la gestion des changements

Des activités d'information, de soutien et de développement des compétences des administrateurs et des dirigeants devront être mises en œuvre afin de favoriser la réalisation de la vision et de faciliter l'adaptation et la mobilisation des intervenants dans le changement qui s'amorce.

Recommandation 19

L'Agence recommande :
Pour les conseils d'administration des CSSS :
- d'organiser des rencontres d'échanges, entre les membres des conseils d'administration et le président-directeur général de l'Agence, portant sur :
  - la vision soutenant le modèle d'organisation des services et le projet clinique;
  - les priorités stratégiques;
  - le rôle et le leadership attendu des conseils d'administration;
  - l'organisation des centres de santé et de services sociaux;
  - le support proposé et requis.
- d'organiser la tenue des premières rencontres des membres de conseils d'administration et d'établir l'organisation intérimaire des centres de santé et de services sociaux et la planification des travaux à mener.

Pour les équipes de direction des CSSS :
- de créer un comité d'implantation des centres de santé et de services sociaux présidé par le président-directeur général de l'Agence et des directeurs généraux intérimaires des centres de santé;
- d'assurer l'accès à des ressources-conseil notamment en matière de développement organisationnel et de planification stratégique;
- de dégager un budget permettant le financement d'activités de développement et de formation notamment pour les équipes de direction des centres de santé;
- d'offrir de la formation et du support pour les administrateurs et les dirigeants, ainsi que des outils d'information pour le personnel et les médecins;

- de réviser son plan d'organisation de façon à assurer une gestion intégrée au palier régional.

6.2 La gouverne des centres de santé et de services sociaux

L'intégration des services recherchée par la création des centres de santé et de services sociaux, de même que la coordination des réseaux locaux nécessitent une évolution :

- du type de leadership attendu des conseils d'administration et des directeurs généraux;
- de la composition des conseils d'administration;
- des mécanismes de représentation et de participation des usagers.

6.2.1 Leadership et gestion

La consultation a révélé une attente très forte du personnel et des médecins à l'égard des conseils d'administration et des directions générales :

- se concentrer sur les améliorations les plus importantes recherchées :
  - implantation des centres médicaux associés;
  - développement de la gestion de cas;
  - mise en œuvre d'outils informatiques plus efficaces pour le personnel et les médecins donnant les services;
  - amélioration de l'accès pour les médecins omnipraticiens aux ressources diagnostiques.
- consolider ce qui fonctionne bien actuellement et ne pas changer ce qui ne nécessite pas de l'être;
- se donner le temps. une fois les améliorations apportées, d'adapter graduellement l'ensemble de l'organisation;
- préserver les particularités et les cultures locales.

Compte tenu de la mission complexe des centres de santé et de services sociaux, de la livraison des services dans plusieurs installations et quartiers et du caractère clinique et professionnel du travail, le succès de l'intégration des services nécessite de se donner un modèle de gestion adapté à la nouvelle mission .[8, 9]

Dans cette perspective, le conseil d'administration devrait se concentrer :

- sur la définition d'une vision claire de l'organisation : mission, buts, valeurs, stratégies;
- sur le soutien au développement d'une culture supportant la vision
- sur l'habilitation de l'organisation à implanter les stratégies;
- sur l'évaluation des résultats et la reddition de compte;
- sur la sélection du directeur général.

Le conseil d'administration et la direction générale doivent, à leur niveau, se concentrer sur les décisions suivantes :

- l'évaluation des besoins de la communauté et de son état de santé et de bien-être;
- la planification stratégique;
- la définition d'un projet clinique;
- la planification de la main-d'œuvre;
- la nomination des médecins;
- la définition de la culture de gestion des ressources humaines.
- l'évaluation de la performance et l'organisation;
- la détermination des investissements et l'allocation des ressources;
- l'acquisition de la technologie;
- le choix des systèmes d'information;

---

[8] University of Toronto, Integrated delivery systems – providing a continuum of health care, April 25-26, 1996
[9] Morgan G. Images of Organization, Beverly Hills, California : Sage, 1986

La mise sur pied des centres de santé et de services sociaux et le développement des réseaux de services seront très exigeants pour les personnes qui auront à assumer les directions générales. En plus des compétences de base requises, elles devront saisir et adhérer pleinement à la vision qui sous-tend la réforme en plus d'être en mesure de la communiquer et de mobiliser le personnel. Elles devront pouvoir organiser et synthétiser l'information pertinente pour développer des plans stratégiques et en évaluer la réalisation, comprendre et gérer des processus de changement à long terme tout en obtenant des succès à court terme. Elles devront enfin être d'habiles négociateurs et avoir un sens politique très aiguisé.

Compte tenu du rôle primordial que jouera le premier directeur général du centre de santé et de services sociaux, le Forum de la population considère comme une condition de succès de privilégier, lors du processus de sélection des nouveaux directeurs généraux, un concours ouvert à toutes candidatures plutôt que réservé exclusivement aux directeurs généraux actuellement en place afin d'avoir accès à l'ensemble du bassin de compétences présentes dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout en permettant aux directeurs généraux des établissements fusionnés de postuler là où ils le désirent.

Recommandation 20

L'Agence recommande :
- que la sélection du directeur général du centre de santé et de services sociaux se fasse par concours ouvert.

6.2.2 La composition des conseils d'administration

Les commentaires et avis reçus au cours de la consultation allaient presque tous dans le sens d'assurer une présence importante de personnes élues par la population au sein des conseils d'administration et ce, même dans les cas des conseils d'administration provisoires des centres de santé et de services sociaux.

Recommandation 21

L'Agence recommande :
- que les conseils d'administration provisoires des centres de santé et de services sociaux comprennent, si possible :
  - un membre provenant de chacun des conseils d'administration des installations fusionnées, désigné parmi les personnes élues par la population;
  - un membre provenant des comités d'usagers;
  - un membre provenant des CMDP;
  - un membre provenant des CII;
  - un membre provenant des CM;
  - un membre provenant du Conseil des sages-femmes, s'il y a lieu;
  - un membre provenant des CMA du territoire;
  - un membre provenant des organismes communautaires;
  - un membre provenant du milieu universitaire lorsque le centre a une affiliation universitaire;
  - un membre provenant de l'hôpital de première instance;
  - un membre provenant du milieu municipal;
  - un membre provenant des commissions scolaires.

Recommandation 21 (suite)

L'Agence recommande :

- que les membres soient choisis en respectant des critères analogues à ceux définis aux articles 397 et 397.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :
  - la représentativité : des différentes parties du territoire;
    des secteurs d'activité;
    des groupes socioculturels, linguistiques ou démographiques;
  - la représentation la plus équitable possible des hommes et des femmes et des différents groupes d'âge;
  - la compétence
- Que la composition des conseils d'administration permanents des centres de santé et de services sociaux respecte les mêmes principes et assure une participation significative des personnes élues par la population et désignées par les comités d'usagers.

6.3 La participation des usagers et le respect de leurs droits

Les centres de santé et de services sociaux regrouperont un grand nombre d'installations sous un seul conseil d'administration. Les mécanismes actuels de participation des usagers et de respect de leurs droits doivent être bonifiés.

Recommandation 22

L'Agence recommande :

- qu'il y ait un comité d'usagers pour chaque installation où sont hébergés des personnes;
- que soit constitué un comité de représentants des comités d'usagers qui les représente auprès du conseil d'administration;
- que les budgets des comités d'usagers soient octroyés en fonction d'un pourcentage du budget de l'établissement et soient rehaussés au niveau de ceux accordés dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques de façon à permettre aux comités d'usagers de se doter de ressources professionnelles indépendantes pour les assister;
- que le commissaire local à la qualité assume cette fonction de façon exclusive, relève du conseil d'administration et bénéficie des ressources appropriées pour accomplir ses fonctions en tenant compte de la taille de l'établissement.

6.4 Information à la population, aux médecins et aux employés

La réforme qui s'amorce entraînera des changements majeurs qui modifieront de façon certaine les habitudes des citoyens et le rapport qu'ils entretiennent avec les services de santé et les services sociaux et avec les professionnels qui les dispensent. Pour faire participer les Montréalais à la prise en charge de leur santé et de leur bien-être et ainsi favoriser leur collaboration aux changements, il est nécessaire de rendre disponible une information personnalisée, de façon régulière, continue et à proximité. Nous poursuivrons les objectifs suivants en matière d'information :

- Faciliter l'accès aux centres de santé et de services sociaux, aux Centres médicaux associés (CMA) et aux autres composantes du réseau montréalais de la santé;
- Rassurer la population quant à l'accessibilité et à la qualité des services, en lui fournissant des outils de référence objectifs, fiables et récurrents;

- Faire connaître toute l'information relative à la gouverne des nouveaux centres de santé et de services sociaux;
- Rendre accessible aux personnes œuvrant dans le réseau, en collaboration avec les instances en place, toute l'information pertinente pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
- Outiller la population pour accroître sa capacité de s'occuper, de façon autonome et active, de sa santé et de son bien-être, de collaborer aux services qu'elle utilise et de faire valoir ses droits.

6.5 De nouvelles approches régionales en matière de gestion

6.5.1 Allocation des ressources par programme

La création des réseaux s'accompagnera de l'implantation progressive d'une budgétisation par programme. À terme, chaque réseau devra donc être financé pour ces différents programmes en fonction des besoins de la population dont il est responsable.

Afin de bien déterminer les besoins de la population de chacun des réseaux, il faudra prendre en compte l'ensemble des facteurs liés aux besoins, qui peuvent être différents dans chacun des réseaux. D'autre part, il faudra également tenir compte des particularités de chaque réseau (services à vocation régionale, coûts de l'enseignement et de la recherche, coûts différentiels de production, etc.).

Pour ce faire, l'Agence devra, en partenariat avec les réseaux et l'ensemble des établissements entreprendre des études pour mettre au point des indicateurs de besoins fiables et valides qui soient adaptés aux spécificités montréalaises. Seul un travail rigoureux à ce niveau permettra une répartition équitable des budgets entre les réseaux.

6.5.2 L'évaluation

Tel que suggéré par le Forum de la population et compte tenu de l'importance des changements organisationnels, il faudra prévoir des mécanismes d'évaluation reliés à l'implantation des réseaux locaux et ce, aux différentes étapes, de façon à pouvoir apporter les ajustements requis.

L'amélioration des services à la population est l'un des objectifs prioritaires de la mise en œuvre des réseaux. Cette réorganisation s'accompagnera donc d'un processus rigoureux qui permettra d'évaluer l'atteinte de cet objectif. Ce processus se fera en continuité avec les activités que l'Agence a entreprises depuis 1994 avec l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et l'élaboration d'un modèle de d'évaluation intégrée de la performance incluant quatre dimensions : l'efficacité des services, leur efficience, leur pertinence et leur intégration (voir annexe 12) Une emphase particulière sera mise sur l'évaluation de la continuité des soins dans chacun des réseaux. En effet, grâce au jumelage des banques de données provenant des différentes missions, il sera possible d'analyser l'ensemble de l'épisode de soins afin de mieux comprendre comment un patient chemine dans le réseau.

Ce processus d'évaluation est d'autant plus important que les réseaux vont présenter une grande diversité, tant au niveau des caractéristiques de leur population que des ressources. Il faudra donc analyser et évaluer le fonctionnement de chacun de ces réseaux de façon spécifique et dans une perspective d'amélioration continue des services.

6.6 L'informatisation

La disponibilité de l'information pertinente pour les clientèles, les médecins et les autres professionnels du milieu de même que pour les gestionnaires des établissements publics ou privés constitue une condition de succès essentielle à la mise en place de réseaux intégrés et au continuum de services souhaité. Pour assurer l'intégration, la fluidité et la sécurité de cette information, les technologies et systèmes d'information sont appelés à jouer un rôle déterminant à l'intérieur des diverses instances aussi bien que pour assurer les liens fonctionnels entre elles. À cet égard, l'Agence préconise la mise en place de normes, de fonctions communes et de services régionaux de même que l'adoption d'une vision et d'une architecture uniformes à l'ensemble de la région. En matière d'investissement, de nouvelles marges de manœuvre devront être dégagées pour maintenir, développer et gérer les actifs informationnels en s'assurant de préserver l'équilibre entre les systèmes et services de production et de consommation d'information.

Ces énoncés ont été précisés dans un document de l'Agence publié le 15 mars 2004. Ont suivi diverses consultations auprès du réseau et de ses partenaires spécialisés dans le domaine des ressources informationnelles. Ces consultations et la réponse de près de 50 personnes au sondage (outil de consultation) ont permis de compléter la liste des besoins, de valider l'approche et l'offre de services régionale et de dégager un consensus sur les priorités et stratégies à court et moyen terme.

6.6.1 Stratégies générales

Le contexte actuel est favorable à l'émergence d'une approche cohérente entre le niveau local, régional et provincial. Les stratégies générales sont les suivantes :

- Les trois niveaux de gouverne doivent tirer profit de la contribution potentielle d'Inforoute Santé du Canada. La mise en place d'une infostructure montréalaise a été proposée.
- L'alignement entre le plan national et régional d'informatisation du réseau doit être soutenu.
- La région de Montréal doit tirer profit de la synergie entre ses deux CHU adultes et l'implantation prévue de leur système d'information clinique.
- L'expérience du CHU Mère-Enfant et de son projet Arc-en-ciel doit être intégrée à la stratégie régionale.
- L'architecture et la stratégie d'implantation s'appuie sur des changements législatifs déjà prévus en matière de dépôt de données régionaux et nationaux.
- La rationalisation et l'optimisation des ressources sont proposées pour palier le sous-financement du maintien et du développement des actifs informationnels.

6.6.2 Stratégies spécifiques pour la clientèle

La population québécoise et la clientèle du réseau s'attendent à disposer de l'information pertinente sur la disponibilité des services et des ressources du réseau, sur la nature des problèmes de santé, des mécanismes de prévention et des approches de soins proposées. La population montréalaise présente de son côté le pourcentage le plus élevé au Québec d'utilisateurs de l'Internet. Il est donc justifié que la région de Montréal développe les services d'information électronique en ligne. On devra toutefois distinguer pour un certain temps encore entre les services d'information générale et les services d'information personnalisée.

En conséquence, l'Agence entend développer un portail « grand public » régional et inviter les ressources de la région à y apporter leur contribution. Les actions à court terme seront entreprises avec le souci de communiquer à la population les nouvelles approches de services dispensés dans la région et de prévoir l'évolution vers des applications personnalisées.

Recommandation 23

L'Agence recommande à court terme
- de développer et de donner accès à un portail grand public.

6.6.3 Stratégies spécifiques pour les omnipraticiens

Les besoins spécifiques des médecins omnipraticiens ont été recensés à plusieurs occasions et font l'objet d'un consensus préliminaire qui sera validé prochainement par le biais d'un questionnaire adressé à la communauté des 2 200 omnipraticiens de la région.

Il a été clairement indiqué qu'un outil informatique simple et unique à l'échelle régionale est incontournable pour l'adhésion des omnipraticiens aux technologies de l'information. L'Agence partage cette position et entend mettre tout en œuvre pour éviter la prolifération d'outils qui compromettrait l'intégration des composantes du dossier d'un même client.

L'Agence entend prendre les dispositions nécessaires pour répondre à ces besoins prioritaires signifiés par les omnipraticiens. À plus long terme, le besoin de disposer et de partager un dossier électronique plus complet avec les intervenants du secteur devra trouver réponse dans une approche modulaire qui s'intégrera naturellement aux composantes déjà en place.

Plusieurs besoins complémentaires ont été exprimés notamment en matière de formation continue. La stratégie retenue consistera à coordonner avec l'exécutif du DRMG les développements requis et l'offre de services potentielle des partenaires universitaires.

Recommandation 24

L'Agence recommande, à court terme, de donner accès aux omnipraticiens :
- au RTSS et à des outils de courriels, de collaboration et de partage d'information;
- aux résultats d'examens diagnostiques et aux rapports de consultations;
- au profil pharmacologique des clients;
- aux signalements d'événements clés : visite à l'urgence, hospitalisation, décès;
- aux images médicales;
- au suivi interdisciplinaire de la clientèle vulnérable (ex. maintien à domicile);
- à un registre des spécialistes de la région et à la consultation en ligne avec eux;
- à des services de traitement électronique avec les pharmacies d'officine;
- à des services de rendez-vous dans les centres spécialisés ou auprès des spécialistes.

6.6.4 Stratégies pour les médecins spécialistes

Une proportion importante de médecins spécialistes (37% au Québec) pratiquent en milieu hospitalier ainsi qu'en cabinet privé pour y suivre leur clientèle ou répondre aux demandes de consultations des omnipraticiens. Pour ce groupe particulier, il importera d'identifier les outils informatiques à privilégier : ceux du ou des centres hospitaliers où ils pratiquent ou celui offert

aux omnipraticiens du réseau. Certains spécialistes sont également appelés à offrir des services de garde à partir de leur domicile et d'autres nécessiteront des outils plus évolués de communication à partir de leur clinique privée. (ex. radiologistes)

L'Agence entend poursuivre sa démarche auprès de cette clientèle pour identifier les besoins prioritaires et proposer les solutions requises. L'accès au RTSS, aux services de télé-consultation, aux résultats et aux images médicales constituent les principaux services requis.

6.6.5 Stratégies pour les Centres de santé et de services sociaux

Recommandation 25

L'Agence recommande :

- de mettre en place un intégrateur régional;
- de regrouper les systèmes et les données clientèles des CLSC et CHSLD concernés au bénéficiaire régional;
- de doter les centres de santé et de services sociaux qui incluent un centre hospitalier d'un système d'information clinique centralisé;
- d'étudier la faisabilité de regrouper les systèmes administratifs et financiers pour chacun des douze centres de santé et de services sociaux;
- de regrouper les ressources humaines disponibles pour assurer la gestion locale des ressources informationnelles.

6.6.6 Stratégies relatives aux CHU et aux CAU

Recommandation 26

L'Agence recommande :

- de donner suite à la démarche du CHUM et du CUSM en vue de se doter d'un système commun d'information clinique;
- d'identifier les composantes du projet Arc-en-ciel développé par le CHU Mère-Enfant qui pourraient contribuer à l'infostructure régionale;
- de valider les conditions légales et financières qui permettraient aux établissements de se doter du même système que celui prévu au CHUM et au CUSM;
- d'assurer la plus grande homogénéité possible des systèmes d'information clinique de la région.

6.6.7 Stratégies d'infostructure et de services régionalisés

Recommandation 27

L'Agence recommande :

- de mettre sur pied l'infostructure régionale nécessaire à la conservation temporaire ou permanente d'informations cliniques et autres informations produites et perdues par un établissement public ou privé;
- de déployer l'infostructure régionale nécessaire à la conservation temporaire ou permanente des images médicales;
- d'évaluer la faisabilité de mettre sur pied une infostructure régionale pour assurer la conservation temporaire ou permanente des données nominatives des dossiers faisant l'objet d'un transfert d'information d'un établissement à un autre avec le consentement du client.

6.6.8 Stratégies d'infrastructures et de fonctions communes

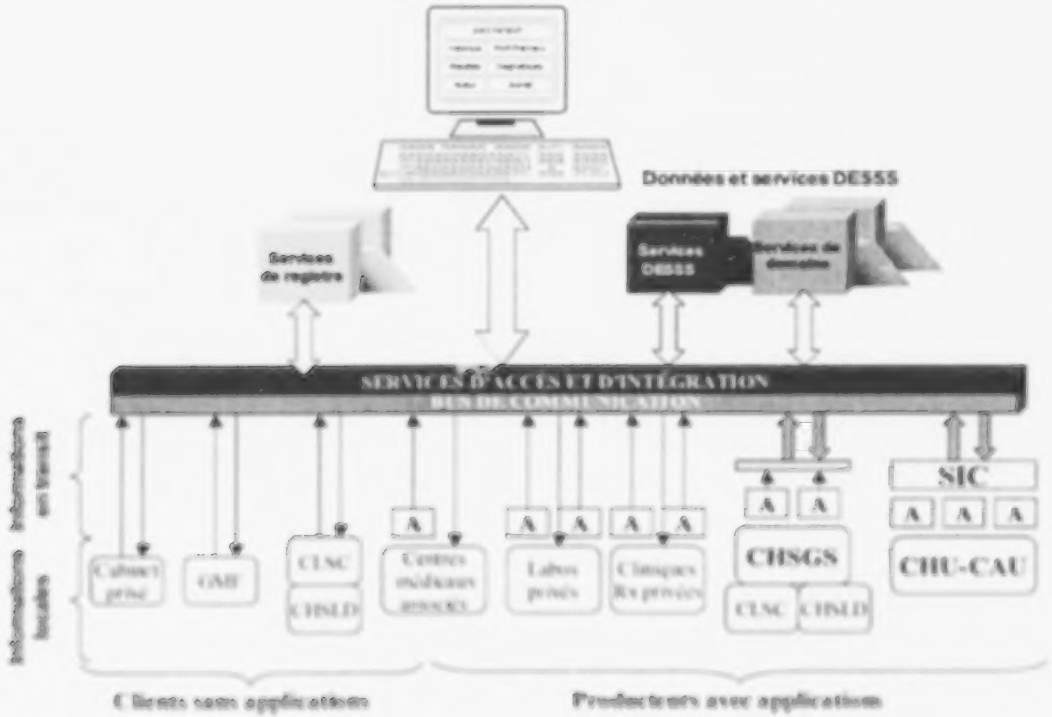
Recommandation 28

L'Agence recommande :

- de mettre sur pied des fonctions communes nécessaires à la mise sur pied d'une infostructure régionale.
- de développer un portail d'accès, un Intranet et un Extranet régional.
- de compléter la revision de l'architecture, l'optimisation et la redondance du RTSS avec la collaboration et la participation du ministère.

6.6.9 Stratégie générale d'architecture

L'Agence recommande de développer un modèle simple et uniforme qui invite tous les établissements et les partenaires à utiliser les services et fonctions régionalisés pour assurer l'échange normalisé d'informations et faciliter l'accès à une vue intégrée des données clientèles.



6.6.10 Stratégie de financement

Pour répondre aux besoins prioritaires des trois prochaines années, on peut évaluer très sommairement le coût des investissements et les frais récurrents des actions requises. Le support financier d'Inforoute Santé du Canada et du gouvernement provincial (PTI) de même que les crédits régionaux et les budgets des établissements seront requis pour financer l'opération.

	Récurrent (000 $ /an)	Non-récurrent (000 $)
Services de communication		
Étendre le réseau RTSS sécurisé aux instances du secteur privé	1 000	500
Étendre les services de courrier électronique (5000)	200	700
Mettre en place un portail d'accès sécurisé	600	2 000
Déployer les outils d'échange d'information clinique (DSIE, OEMC…)	750	4 300
Mettre en place un système de messagerie uniforme	100	1 000
Sous-total	**2 650**	**8 500**
Services de registre		
Mettre en place un index maître régional en lien avec la RAMQ les services connexes et la gestion régionale du consentement	1 500	10 500
Mettre en place un registre des ressources et des intervenants	200	500
Sous-total	**1 700**	**11 000**
Services de données cliniques et d'intégration		
Compléter les déploiements de systèmes de radiologie (RIS) de laboratoires (LIS) et d'accès local aux résultats	4 500	30 000
Déployer/développer les interfaces aux applications les services d'intégration et de normalisation	3 000	20 000
Implanter un dépôt régional et un service d'accès aux résultats	2 000	10 000
Sous-total	**9 500**	**60 000**
Services d'hébergement spécifiques		
Système d'information clinique pour 5 CSSS* et réseau local * CSSS type : 1 CHSGS, 2 CLSC, 3 CHSLD. RLS : CHSLD privé, CMA, Cabinet privé	3 000	20 000
Refonte et intégration des systèmes clientèle CLSC et CHSLD	500	5 000
Cadre de gestion du changement (processus-formation)	500	1 000
Sous-total	**4 000**	**26 000**
TOTAL	**17 850**	**105 500**

Sont exclus de ce tableau :

- Les systèmes cliniques du CHUM et du CUSM dont le financement est déjà prévu dans le cadre des projets des nouveaux sites. (41 M$);
- Les systèmes cliniques de 3 CAU et du CHU Mère-enfant (30 M$);
- Le maintien nécessaire des actifs actuels (25 à 40 M$/an);
- Les services régionalisés d'images médicales et de dossiers numérisés (35 M$);
- L'hébergement des systèmes administratifs des CSSS (15 M$).

7. Les conditions de réalisation

Le Forum de la population, se faisant l'écho de la plupart des groupes ayant participé à la consultation, a indiqué dans son avis qu'il faut :

- S'assurer que le réseau montréalais de services de santé et de services sociaux bénéficie d'un financement adéquat dans la réalisation de cette transformation majeure;
- Prévoir des ressources additionnelles temporaires lors de l'implantation des réseaux locaux afin de s'assurer que l'énergie déployée en vue de ce changement majeur ne contribue à la détérioration des services actuels;
- S'assurer que l'investissement dans les ressources informationnelles soit également adéquat;

L'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal nécessite de réunir certaines conditions de réalisation.

7.1 L'injection de ressources additionnelles pour financer la stratégie d'implantation

- L'obtention des ressources et des leviers requis pour la mise en place des CMA :
  - budget non-récurrent de démarrage;
  - budget récurrent pour les services de liaison, les services infirmiers, le soutien administratif et l'accès aux services diagnostiques;
  - banque d'heures d'activités médicales particulières (AMP) pour la couverture des heures défavorables en soirée;
  - banque d'heures pour le médecin responsable d'un CMA et la gestion des activités médico-administratives et de liaison avec les médecins du territoire;
  - participation d'un médecin du DRMG au conseil d'administration de l'Agence et au conseil d'administration des centres de santé et de services sociaux.
- l'approbation du plan d'informatisation et l'obtention des ressources financières nécessaires à son implantation;
- l'obtention des ressources nécessaires pour augmenter le nombre de gestionnares de cas dans les services de première ligne;
- l'obtention d'un accroissement progressif des crédits régionaux en lien avec lespriorités identifiées dans le Plan stratégique montréalais « *La santé en actions* »;
- l'obtention des ressources non-récurrentes requises pour financer les activtés de support au changement;
- l'obtention des ressources requises pour assurer le fonctionnement optimal des omités d'usagers et l'information de la population

7.2 Le maintien, pendant la période de transition, des ententes existantes

L'Agence demandera le maintien et le respect des ententes existantes entre les établissemnts et ce, jusqu'à la signature, lorsque requise, de nouvelles ententes notamment avec les centres de santé et dservices sociaux et les autres établissements du réseau, ainsi que les ententes relatives à la gestion des RTF-R

7.3 Le maintien, pendant au moins deux ans, de certaines fonctions régionales

L'Agence recommande que le Service régional d'admission et le Service d'immobilisions soient maintenus à l'Agence jusqu'à ce qu'une décision soit prise quant à leur organisation fiure.

Le maintien du système régional d'admission en hébergement, pendant au moins deux ans, permettra d'analyser, de façon approfondie, d'autres modèles de gestion avant de prendre une décision quant à sa décentralisation partielle au niveau local.

7.4 L'introduction de mécanismes de protection et de sécurisation des renseignements personnels

La sécurité des renseignements personnels sera assurée par des liens de télécommunication sécurisés (RTSS), des services spécialisés de transports de données, des dépôts de données redondants et accessibles physiquement et logiquement par les seules personnes autorisées. La journalisation des accès et les procédures de contrôle et d'audit permettront aux autorités, et éventuellement à la clientèle, de vérifier le respect des règles de sécurité et d'accès autorisés. Les standards DICAI visant la disponibilité et l'accessibilité, l'intégrité et l'intégralité, la confidentialité, l'authentification et l'irrévocabilité des accès seront appliqués de même que les principes de conservation, d'archivage et de destruction sécuritaire de l'information nominative.

En ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, le consentement éclairé de la clientèle sera requis pour transférer l'information la concernant d'un établissement du secteur sociosanitaire à un autre ainsi qu'au transit et au dépôt temporaire ou permanent de cette information à l'intérieur d'une zone régionale sécurisée.

7.5 Des actions concrètes pour maximiser la disponibilité de la main-d'œuvre

La mise en place des centres de services de santé et de services sociaux à Montréal l'application de la Loi 30, qui réduit le nombre d'unités d'accréditations, entraîneront de grands changements en matière de gestion des ressources humaines.

Certains indicateurs de pénuries, tels le recours aux agences privées en soins infirmiers et le recours au temps supplémentaire, ainsi que les projections de besoins en main-d'œuvre, font ressortir la problématique de disponibilité de cette main-d'œuvre. Une certaine mobilité du personnel, facilitée notamment par la Loi 30, n'aura cependant pas pour effet d'augmenter le nombre de personnes disponibles pour offrir les services à la population.

Dans ce contexte, ce sont dans des actions ciblées qui visent à maximiser la disponibilité de main-d'œuvre en favorisant une utilisation optimale des ressources humaines, que réside le succès de cette démarche. À ce chapitre, le maintien, le développement et la mise en œuvre de stratégies axées notamment sur l'organisation du travail, l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre et la gestion de la présence au travail, soutenues par le développement des compétences, s'avèrent essentiels.

7.6 Des garanties d'accès aux services en langue anglaise

L'accès aux services en langue anglaise doit être maintenu :

- en veillant à ce que la capacité d'assurer l'accès aux services en langue anglaise ne soit pas diminué malgré les mouvements de personnel, pendant la période de transition concernée;
- en incluant dans les ententes de gestion entre l'Agence et les centres de santé et de services sociaux, des objectifs spécifiques concernant l'accès aux services en langue anglaise lorsqu'ils regroupent des installations désignées ou qu'ils offrent des services indiqués;
- en confirmant la liberté d'obtenir les services requis en anglais dans un autre territoire que dans le territoire local.

Lexique

Agence : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Clientèles vulnérables : personnes fragilisées atteintes d'une ou plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, souvent débilitantes et évolutives, souvent de façon imprévisible. Il s'agit fréquemment de personnes âgées, mais il peut s'agir également de jeunes personnes. Ces personnes peuvent aussi être atteintes de problèmes cognitifs.
Commission Clair : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
Heures défavorables : Heures de soirée, nuit, fin de semaine et jours fériés.
Ministère : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
Ressources intermédiaires : Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.
Services de première ligne : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population.
Services de deuxième ligne : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.
Services de troisième ligne : Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).
Zones prioritaires d'intervention : Zones identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement, dans le contrat de ville, qualifiées de zones prioritaires d'intervention, qui justifient un effort spécifique et complémentaire de l'État et de la Ville, que ce soit en matière d'aménagement urbain et de logement, d'équipements publics, de développement social, d'éducation et d'emploi

ACCESSS : Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
AHQ : Association des hôpitaux du Québec
AMP : Activités médicales particulières
CAU : Centre affilié universitaire
CH : Centre hospitalier
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP : Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CII : Conseil des infirmières et infirmiers
CIR : Commission infirmière régionale
CM : Conseil multidisciplinaire
CMR : Commission médicale régionale
CMUR : Commission muldisciplinaire régionale
CJ : Centre jeunesse
CLSC : Centre local de services communautaires
CMA : Centre médical associé
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE : Centre de la petite enfance
CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR : Centre de réadaptation
CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique
CRPAT : Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
CUSM : Centre universitaire de santé McGill
DPJ : Direction de la protection de la jeunesse
DRMG : Département régional de médecine générale
DSIE : Demande de services interétablissements
ETC : Équivalent temps complet
FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF : Groupe de médecine de famille

HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSC : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
ICM : Institut de cardiologie de Montréal
IUGM : Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle
OMS : Organisation mondiale de la santé
PAPA : Personnes âgées en perte d'autonomie
PREM : Plan régional des effectifs médicaux
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
RI : Ressources intermédiaires
RLS : Réseau local de services
RTF : Ressource de type familial
RTSS : Réseau de télécommunications sociosanitaires
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé
SIPA : Soins intégrés aux personnes âgées
SOC : Soutien aux organismes communautaires

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - La région de Montréal

Annexe 2 - Vers un nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux à Montréal – Plan de travail

Annexe 3 - Le développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Balises nationale, Critères régionaux

Annexe 4 - Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal

Annexe 5 - Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal

Annexe 6 - Les balises régionales relatives à l'implantation du programme des services médicaux de 1re ligne, du programme des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, du programme de lutte contre le cancer et du programme des services aux jeunes en difficulté

Annexe 7 – Normes pour la promotion de la santé dans les hôpitaux (OMS)

Annexe 8 - Les protocoles et ententes interétablissements dénombrés dans la région

Annexe 9 - Proposition d'un cadre de référence pour les contrats entre les instances locales et les CHSGS

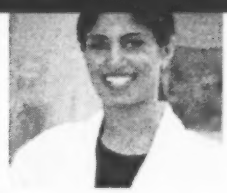
Annexe 10 - Cadre de référence pour une entente entre le CSSS et le CMA

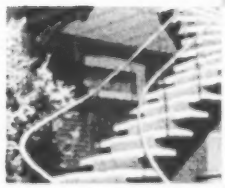
Annexe 11 - Liens antérieurs arrondissements-CLSC versus liens proposés arrondissements-centres de santé et de services sociaux.

Annexe 12 - Le modèle d'évaluation de la performance

ANNEXES

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal





Québec

ANNEXE 1

LA RÉGION DE MONTRÉAL

1. Les caractéristiques de la région de Montréal [1]

Depuis janvier 2002, l'île de Montréal forme une seule municipalité, Montréal. Celle-ci résulte de la fusion des 29 villes qui constituaient, jusqu'à cette date, la région de Montréal. Avec une population de 1,8 millions d'habitants et une superficie de 494 km^2, la nouvelle ville de Montréal est la plus populeuse du Québec et le plus important pôle économique de la province.

Montréal compte :

- 57 % de francophones, alors que le quart de la population est anglophone et un peu moins du cinquième est allophone (18 %);
- Un nombre croissant d'immigrants. Selon les données de 2001, plus de 30 000 immigrants, soit près de 80 % des immigrants au Québec projetaient de s'établir dans la région;
- Une population vieillissante. En effet, 15 % des personnes sont âgées de 65 ans et plus;
- Une forte proportion (37,7 %) de ménages composés d'une seule personne, notamment chez les personnes âgées;
- Une proportion importante de familles monoparentales. En effet, le tiers des familles ayant des enfants est composé d'un seul parent;
- 30 % des personnes vivent sous le seuil du faible revenu. Les familles monoparentales sont particulièrement touchées par la défavorisation économique.

La population de Montréal présente des inégalités sociales dont les racines proviennent des disparités relatives à l'éducation, à l'emploi, au revenu et aux conditions de vie sociales et matérielles en général. Les écarts observés sont prononcés à l'échelle des territoires de CLSC. Cet état de fait commande une approche d'intervention territoriale, multisectorielle et intégrée afin de réduire les inégalités sociales qui entraînent des disparités importantes dans l'accès à la santé et au bien-être. En ce sens, le réseau de la santé doit collaborer avec la Ville de Montréal, le milieu scolaire et les ministères du gouvernement du Québec pour améliorer les conditions de vie, de santé et de bien être de la population. L'approche territoriale et concertée se heurte toutefois à de multiples découpages territoriaux qu'il faut déjouer pour agir en partenariat.

À titre d'exemple, mentionnons que si l'on compare les 27 arrondissements de la ville aux 29 territoires de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement, soit Montréal-Nord, Saint-Léonard et LaSalle. Ailleurs, l'action du CLSC couvre plus d'un arrondissement, comme à Pierrefonds ou, au contraire, plusieurs CLSC agissent sur le territoire d'un même arrondissement, comme c'est le cas pour Parc Extension, Villeray et Saint-Michel.

Dans le cas des cinq commissions scolaires, les territoires correspondent à trois sous-régions du côté francophone et à deux sous-régions du côté anglophone. C'est ainsi qu'à l'échelle de territoires de CLSC, deux ou trois commissions scolaires peuvent intervenir parallèlement. Les territoires des commissions scolaires ne correspondent pas non plus aux sous-régions du Département régional de médecine générale.

---

[1] Pour plus d'information, consulter le Carrefour montréalais d'information sociosanitaire http://www.santemontreal.qc.ca

2. Les caractéristiques du réseau montréalais de santé et de services sociaux

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux comprend actuellement 141 établissements, dont 96 sont publics et 45 privés; la plupart de ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (privés conventionnés).

Sous l'angle des missions[2], le réseau regroupe :

- 29 centres locaux de services communautaires (CLSC);
- 27 centres hospitaliers (CH);
- 2 centres jeunesse (CJ);
- 65 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- 18 centres de réadaptation (CR).

À Montréal, on dénombre trois centres hospitaliers universitaires[3], cinq centres affiliés universitaires[4] et trois instituts universitaires[5].

Compte tenu des caractéristiques linguistiques et culturelles de Montréal :

- 37 établissements du réseau montréalais sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en français et en anglais ;
- 45 autres doivent offrir certains services en anglais en plus des services en français;
- 21 établissements ont un programme d'accès aux communautés culturelles;
- l'Agence gère une banque de 115 interprètes et traducteurs qui travaillent dans 67 langues.

D'autres producteurs de services sont importants sur la scène régionale. On inventorie :

- près de 350 cliniques médicales et cabinets privés d'omnipraticiens où sont offerts des services de première ligne;
- 483 ressources intermédiaires d'hébergement (3 150 places);
- 1 619 familles d'accueil pour enfants (2 512 places);
- 589 résidences d'accueil pour adultes / personnes âgées (2 780 places);
- 530 organismes communautaires (dénombrés dans le Programme de soutien aux organismes communautaires).

Montréal se caractérise donc par une multitude d'établissements et d'organismes producteurs de services qui doivent se coordonner et développer des mécanismes de liaison afin d'assurer aux usagers des services continus, intégrés et adaptés aux caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population.

3. Les ressources humaines

À Montréal, le réseau de la santé et des services sociaux emploie quelque 84 200 personnes (96 % de salariés et 4 % de cadres) dont 75 % sont des femmes. De ce nombre, 18 000 sont des infirmières et 8 000 sont des professionnels dans d'autres disciplines de la santé.

---

2 Des établissements de notre réseau ont une mission à plusieurs volets, c'est-à-dire qu'ils remplissent à la fois, par exemple, le rôle d'un CLSC et celui d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

3 Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital Ste-Justine (CHU Mère-Enfant).

4 Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC des Faubourgs, CLSC Nord de l'Île.

5 Institut de cardiologie de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal.

Plusieurs secteurs d'activités cliniques sont en pénurie malgré les efforts importants déployés au cours des dernières années afin de favoriser l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre. Des initiatives, tant locales que régionales, commencent à porter fruit, mais la réalité démographique nous indique que Montréal devra composer avec cette pénurie importante de main-d'œuvre salariée et cadre, et ce, pendant plusieurs années.

Pour ce qui est des médecins, Montréal compte 2 190 médecins omnipraticiens (1 690 ETC) qui travaillent en grande partie en première ligne, et qui consacrent 30 % de leurs activités à la pratique en centres hospitaliers. En matière de services médicaux généraux, 16 % des services rendus par les omnipraticiens montréalais le sont à des personnes ne résidant pas à Montréal.

La région est également desservie par 3 216 médecins spécialistes qui se répartissent dans 35 spécialités et qui cumulent des fonctions cliniques d'enseignement et de recherche. C'est d'ailleurs, en partie du moins, l'expertise de ces médecins qui amène à Montréal une forte proportion de la clientèle hors région, notamment dans les hôpitaux spécialisés et surspécialisés.

Au titre des problématiques présentes sur la scène régionale, le manque de médecins de famille disponibles ainsi que l'éloignement des services médicaux de première ligne et des services médicaux spécialisés doivent être soulignés.

4. Les ressources financières

Le nouveau modèle d'organisation des services proposé par le Ministère amènera le réseau à évoluer vers une allocation des ressources par programme.

La répartition des dépenses par programme pour l'année la plus récente disponible (2001-2002) nous indique que trois programmes regroupent plus de 80 % des dépenses :

- santé physique (49,7 %);
- personnes âgées en perte d'autonomie (23,2 %);
- santé mentale (10,1 %).

La répartition observée en 2001-2002 s'est avérée stable au cours des huit dernières années.

Répartition en pourcentage des dépenses par programme (Dépenses 2001-2002)

Établissements	**Santé physique**		**Santé mentale**		**Santé Publique**		**PAPA**		**Déficience physique**		**Déficience Intellectuelle**		**Jeunes**		**Alcoolisme Toxicomanie**		**Total**
	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.	% ligne	% col.
CHSGS	94.8	83.9	28.0	5.1	19.3	0.5	15.7	6.5	51.5	3.9	0.0	0.0	0.0	0.0	9.4	0.1	**56.2**
CHSLD	1.9	5.2	1.4	0.8	9.4	0.8	72.0	91.9	2.9	0.7	1.3	0.3	1.1	0.4	0.0	0.0	**18.2**
CLSC	2.7	18.6	7.0	9.7	67.7	14.3	11.1	35.5	18.8	11.2	3.7	2.1	9.8	8.7	0.1	0.0	**7.3**
CH Psy.	0.6	4.1	58.7	86.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.8	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0	**6.9**
CPEJ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	83.7	100.0	0.0	0.0	**5.4**
CR	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	1.2	25.0	22.3	77.6	65.5	0.2	0.3	88.2	10.6	**4.8**
Org. Com.	0.0	0.0	4.9	40.9	0.0	0.0	1.0	19.3	1.8	6.4	1.6	5.2	5.2	27.2	2.3	1.1	**1.2**
Total		**49.7**		**10.1**		**1.5**		**23.2**		**4.3**		**4.1**		**6.4**		**0.6**	**100**

Les crédits régionaux pour l'exercice 2003-2004 qui s'achève totalisent 4 239 930 186 $. La proposition de l'Agence ferait en sorte que les crédits combinés des futurs centres de santé et de services sociaux totaliseraient 1 milliard 427 millions $, soit 33,7 % des crédits. Par comparaison, les budgets combinés des hôpitaux spécialisés et surspécialisés représentent 1 milliard 999 millions $ équivalant à 47,2 % des crédits régionaux.

Enfin, la région de Montréal dispose d'un parc d'actifs immobiliers d'une valeur de remplacement de 4 milliards $ et d'actifs informationnels évalués à 200 M$.

Répartition (montant et pourcentage) des crédits régionaux 2003-2004 selon la catégorie d'établissement

	Montant	**%**
Centres de santé et de services sociaux		
CHSGS	337 454 040 $	8,0
CHSLD	760 704 895 $	17.9
CLSC	329 221 650 $	7.8
Sous-total	**1 427 380 585 $**	**33.7**
Autres établissements		
CHSGS spécialisées et surspécialisés	1 999 626 766 $	47.2
CHSP	296 533 904 $	7.0
Centres jeunesse	233 394 306 $	5.5
CRDI	151 037 330 $	3.6
CRDP	53 256 190 $	1.3
CRPAT	19 918 470 $	0.5
Organismes communautaires	58 782 635 $	1.4
Sous-total	**2 812 549 601 $**	**66,3**
Crédits régionaux 2003-2004	**4 239 930 186 $**	**100,0 %**

ANNEXE 2

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal

VERS UN NOUVEAU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL

Plan de travail

Version du 17 février 2004

Vers un nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés à Montréal
Plan de travail

A. Notre approche

- Définir, avec nos partenaires du réseau, la démarche qui mènera à l'élaboration du modèle d'organisation de services qui sera proposé par l'Agence.
- **Après l'adoption de la loi**, enclencher la démarche avec les établissements, avec les représentants des médecins et en consultation avec le milieu.
- Obtenir le plus large consensus possible sur le modèle proposé.
- Préparer le terrain pour faciliter le démarrage des instances[6] et des réseaux locaux[7].

B. Nos préoccupations

- Proposer un modèle qui présentera des gains tangibles pour la population.
- Assurer la contribution des acteurs concernés à toutes les étapes de la démarche.
- Associer les médecins à la démarche et prévoir leur intégration dans le modèle proposé.
- Assumer notre mandat et notre leadership dans un esprit d'ouverture et de partenariat.
- Définir et réunir les conditions nécessaires à l'implantation du modèle proposé.

C. Notre vision

- Un nombre optimal d'instances et de réseaux locaux ;
- fondé sur une logique clinique / clientèle avant tout ;
- respectant le plus possible les bassins naturels de desserte ;
- assez grands pour être le plus autosuffisant possible ET assez petits pour demeurer à dimension humaine ;
- regroupant des CLSC, des CHSLD et, sauf dans les cas prévus au deuxième alinéa de l'article 26 du projet de loi no 25 (*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*), des centres hospitaliers ;
- avec ententes et corridors de services avec des établissements spécialisés (CHU, CHA, Instituts, Centres Jeunesse, Centres de réadaptation, Centres hospitaliers à vocation psychiatrique) et les établissements privés;
- comportant des intégrateurs : canaux de communication, mécanismes de référence, protocoles et procédures communs
- prévoyant que tout médecin omnipraticien est membre d'au moins un réseau local.

Un réseau doit

- rendre accessible toute la gamme de services assurés par le régime public;
- intégrer les médecins omnipraticiens de son territoire et ceux ayant choisi d'y adhérer ;
- respecter la liberté de choix des citoyens tout en assurant la continuité des soins ;
- viser la cohérence géographique tout en respectant les réalités linguistiques et culturelles.

---

[6] Instance locale : formée pour regrouper les établissements identifiés par l'Agence, qui offrent les services d'un centre local de services communautaires, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée et d'un centre hospitalier.

[7] Réseau local : en plus de l'instance locale, comprend également des médecins, des pharmaciens, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées de son territoire, lesquels sont associés à l'instance par le biais d'ententes ou d'autres modalités.

D. Livrables

1. Proposition régionale quant à un **modèle** d'organisation de services intégrés ;

2. Proposition quant à la **gouverne** et à la **composition** des instances locales et des réseaux locaux ;

3. Définition, dans un premier temps, des **balises régionales** de quatre programmes-services[8] initiaux:
   - ✓ Services généraux : services médicaux de première ligne
   - ✓ Perte d'autonomie liée au vieillissement
   - ✓ Lutte contre le cancer
   - ✓ Jeunes en difficulté (0-17 ans)

   Le plan d'action régional en santé publique « *La prévention en actions* » a été adopté en septembre 2003 et les réseaux locaux de services auront à mettre en œuvre les plans locaux, suite à leur élaboration par les 29 CLSC, d'ici juin 2004.
   L'ensemble des programmes régionaux sera élaboré au fur et à mesure selon un échéancier à préciser une fois constitués les réseaux locaux.

4. Identification des **modalités garantissant l'accès**, à travers les réseaux locaux, aux services médicaux généraux et à des services intégrés pour les clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale, jeunes en difficulté, personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, des troubles envahissants du développement, une dépendance (alcoolisme, toxicomanie, jeu) ou souffrant d'une maladie chronique (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque etc.) ;

5. Identification des **impacts** possibles du modèle proposé sur l'organisation des programmes-services, des programmes-soutien et sur les éléments pertinents du plan stratégique régional 2003-2006 :

Programmes-services

- Santé publique « *La prévention en actions* »
- Déficience physique ;
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement ;
- Jeunes en difficulté (0-18 ans) ;
- Dépendances ;
- Santé mentale :
  - ✓ infantile, adulte, personnes âgées
  - ✓ psychiatrie légale, centres de crise
- Santé physique :
  - ✓ Maladies chroniques (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque etc.…) ;
  - ✓ VIH – Sida ;
  - ✓ Périnatalité ;
- Autres services :
  - ✓ Problématiques sociales montréalaises :
  - ✓ Itinérance ;
  - ✓ Violence ;
  - ✓ Prostitution ;
  - ✓ Logement social ;
  - ✓ Zones prioritaires d'intervention concertée : revitalisation urbaine ;

Programmes-soutien

- Planification et développement des ressources humaines ;
- Administration et soutien aux services ;
- Gestion des bâtiments et des équipements ;

[8] Référence : Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, 21 octobre 2003

D. Livrables (suite)

6. Proposition quant à la **gouverne** et aux **fonctions de l'Agence régionale**, tenant compte des spécificités de Montréal ;

7. Recommandation d'une **stratégie d'implantation :**
- ✓ Allocation des ressources et ententes de gestion
- ✓ Accompagnement au changement
- ✓ Information à la population
- ✓ Conditions de réalisation

8. Recommandation d'une **stratégie d'informatisation** des réseaux intégrés ;

9. Résultats de la consultation ;
- ✓ Population ;
- ✓ Élus locaux ;
- ✓ Établissements ;
- ✓ Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) : Université McGill, Université de Montréal
- ✓ Médecins omnipraticiens et spécialistes (CMR, DRMG);
- ✓ Personnel du réseau, CIR, CMUR, comité régional du personnel d'encadrement, comité régional des personnes salariées;
- ✓ Comité régional pour les programmes d'accès des services en langue anglaise ;
- ✓ Partenaires principaux : Ville de Montréal, milieu de l'éducation, Centraide ;
- ✓ Organismes communautaires ;
- ✓ Acteurs socio-économiques.

E. Échéancier provisoire

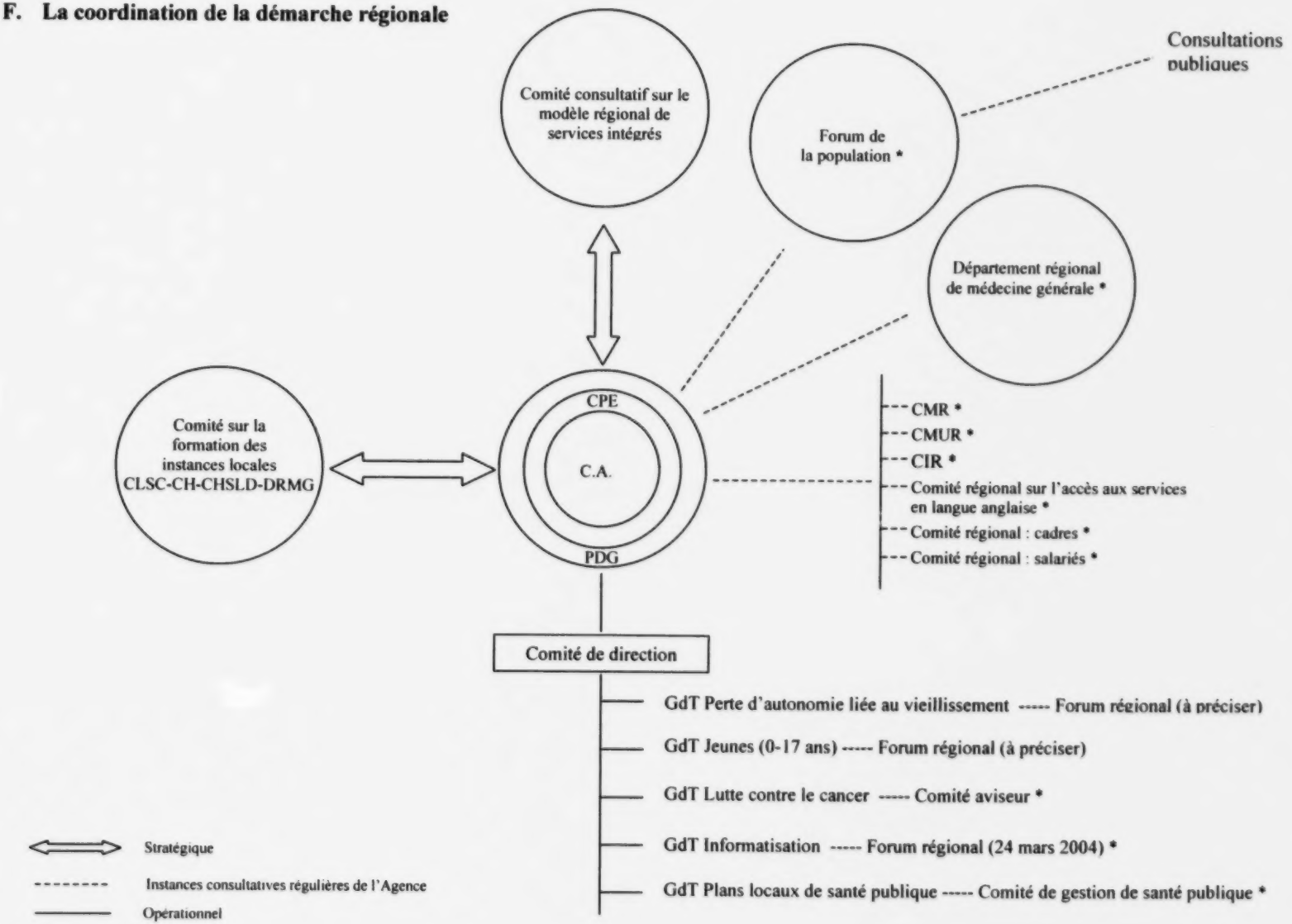
Objet	Novembre	Décembre	Janvier	Février
Niveau national	Projets de loi 25 et 30 : Débat, consultations particulières, opération Papillon, adoption, Fin de session		29 janvier : Nomination des membres du conseil d'administration Nomination du président du conseil d'administration	
Niveau régional	1ère étape : Le processus 10 novembre ----------18 décembre Définition du processus avec les partenaires		2e étape : Élaboration de la proposition RÉGIE----------AGENCE 06 janvier ----------27 février	

	OBJECTIF :
	- Dégager un consensus sur la démarche
	
	MOYENS :
	- Rencontres
	
	GROUPES RENCONTRÉS :
	Internes :
	- Comité de planification et d'évaluation du conseil
	- Conseil d'administration
	- Cadres et personnel de la Régie
	- Commissions régionales : CMR. CMUR, CIR
	- Comité régional pour les programmes d'accès des services en langue anglaise
	- DRMG
	- Forum de la population
	
	Externes :
	- Établissements
	- Regroupements d'établissements
	- RUIS
	- Regroupements d'organismes communautaires
	- Associations professionnelles
	- Élus locaux
	- Ville de Montréal
			OBJECTIFS :
			- Déterminer la Table des matières des livrables
			- Finaliser la planification de la stratégie d'information, de mobilisation et de consultation
			- Élaborer des critères d'évaluation des scénarios de regroupement pour la formation des instances et des réseaux locaux
			- Élaborer des scénarios de regroupement pour fins de consultation
			- Produire les documents de consultation
			
			MOYENS :
			- Rencontre générale d'information et d'échange avec les établissements et les médecins
			- Tournée des sous-régions
			- Rencontres de sous-groupes d'établissements et des regroupements d'organismes communautaires
			- Rencontre du Forum de la population
			- Rencontres de comités et groupes de travail
			  - Comité sur la formation des instances locales (CLSC, CHSLD, CH, DRMG)
			  - Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés
			  - Comités régionaux de programmes
			- Rencontres mensuelles auprès des regroupements d'établissements
			- Rencontres des caucus des députés montréalais
			- Rencontres des RUIS
			- Rencontres des regroupements d'établissements de réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle, Centre de réadaptation Dollard Cormier en alcoolisme et toxicomanie, Centres Jeunesse
			- Rencontres des représentants des milieux syndicaux
			- Rencontre du Bureau de partenariat avec la Ville de Montréal
			- Rencontre des élus municipaux
			Diffusion des documents de consultation	

Objet	Février Mars	Avril		Juin
Niveau national	Nouvelle session	Budget Crédits		Fin de session
Niveau régional	3e étape : Consultations publiques 27 février ----------09 avril		4e étape : Adoption de la proposition 09 avril----------27 avril	

	OBJECTIFS :
	- Valider et bonifier le projet élaboré
	
	MOYENS :
	- Consultations publiques de la population par l'entremise du Forum de la population
	  - Audiences publiques régionales
	  - Assemblées publiques dans les sous-régions :
	  Est, Centre-est, Centre-ouest, Sud-ouest, LaSalle-Lachine, Ouest, Nord
	  - Table ronde des partenaires régionaux
	- Consultation des groupes internes et externes par le Comité de planification et d'évaluation
	- Rencontre avec des réseaux potentiels
			OBJECTIFS :
			- Réviser la proposition pour adoption par le conseil d'administration :
			- Comité sur la formation des instances locales
			- Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés
			- Comité de planification et d'évaluation du conse d'administration
			- Conseil d'administration	

F. La coordination de la démarche régionale



* Comité régional existant

CPE : Comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration

GdT : Groupe de travail interne

Mandat et composition des comités et groupes de travail régionaux

1- Comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration

Composition : Madame Ann Langley, présidente du comité
Madame Clémence B. Mallette
Dr Louis Bouchard
Monsieur Claude Grignon
Dr Victor Goldbloom
M. Réginald Lavertu
Monsieur David Levine
Madame Josée Prud'homme
Madame Renée Voisard
Madame Kathleen Weil
Monsieur Louis Côté, secrétaire

Mandat :

- Recommander au conseil d'administration, pour adoption, le plan montréalais de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les ressources requises ;
- Analyser les recommandations des différents publics consultés et des différents groupes de travail mis sur pied en lien avec la création des réseaux et des programmes intégrés de services et recommander au conseil d'administration les suites à donner ;
- Recommander au conseil d'administration un processus d'implantation, d'accompagnement au changement et d'évaluation des réseaux et des programmes intégrés de services ;
- Faire des recommandations visant à assurer la cohérence entre les ententes de gestion, le plan stratégique 2003-2006 et le plan de développement des réseaux locaux.

2- *Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés*

Composition : 20 personnes (1 personne désignée pour chacun des groupes suivants) :

CLSC : Michelle Doyon, directrice générale du Regroupement des CLSC
CHSLD : André Côté, directeur général du Regroupement des centres d'hébergement et de soins de longue durée de Montréal
CH : Marc de Bellefeuille, président de la Conférence régionale de l'AHQ de Montréal
CHR (Centres hospitaliers de réadaptation) : Réjean Plante, directeur général de l'Hôpital de réadaptation Lindsay
CRDI (Centres de réadaptation en déficience intellectuelle) : Jean-Pierre Aumont, directeur général des Services de réadaptation L'Intégrale
CRDP (Centres de réadaptation en déficience physique) : Ghislaine Prata, directrice générale du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
CRAT (Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie) : Madeleine Roy , directrice générale du Centre Dollard-Cormier
Centres Jeunesse : Mario Ferland, directeur général adjoint des Centres jeunesse de Montréal *
Michael Udy, directeur général, Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw *
RUIS de l'Université McGill : Dr Samuel Benaroya, vice-doyen des Affaires inter-hospitalières, Université McGill
RUIS de l'Université de Montréal : Khiem Dao, directeur général de l'Hôpital Sainte-Justine
Établissements privés : Vincent Simonetta, directeur général, Vigi Santé
DRMG : Dr Serge Dulude, chef du Département régional de médecine régionale
CMR : Dr Louis Bouchard, président de la Commission médicale régionale
CMUR : Marguerite Deschamps, directrice des services professionnels, CLSC Mercier-est/Anjou
CIR : Aline Bourgon, responsable des soins infirmiers, CLSC Côte-des-Neiges
ACCÉSSS (Alliance des communautés culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services sociaux) : Carmen Gonzales, vice-présidente d'ACCÉSSS
Comité régional d'accès aux services en langue anglaise : Sara Saber-Freedman, président du comité régional d'accès aux services en langue anglaise
David Levine, président-directeur général
Louis Côté, secrétaire

Mandat :

- Faire des recommandations sur la Table des matières des différents livrables à produire : document de consultation, balises régionales, proposition du modèle montréalais d'organisation des services intégrés ;
- Analyser les recommandations reçues des comités, des groupes de travail et des groupes consultés et faire des recommandations sur la proposition d'un modèle montréalais d'organisation des services intégrés, qui sera transmise au comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration ;
- Identifier les impacts possibles du modèle proposé sur les programmes et les ressources et faire des recommandations appropriées ;
- Contribuer à l'arrimage des travaux avec les milieux d'appartenance des membres (les membres pourront se faire accompagner d'une personne qui pourra assister aux rencontres comme observateur).

* En alternance selon les points de discussion

3- *Comité sur la formation des instances locales : CLSC, CHSLD, CH, DRMG*

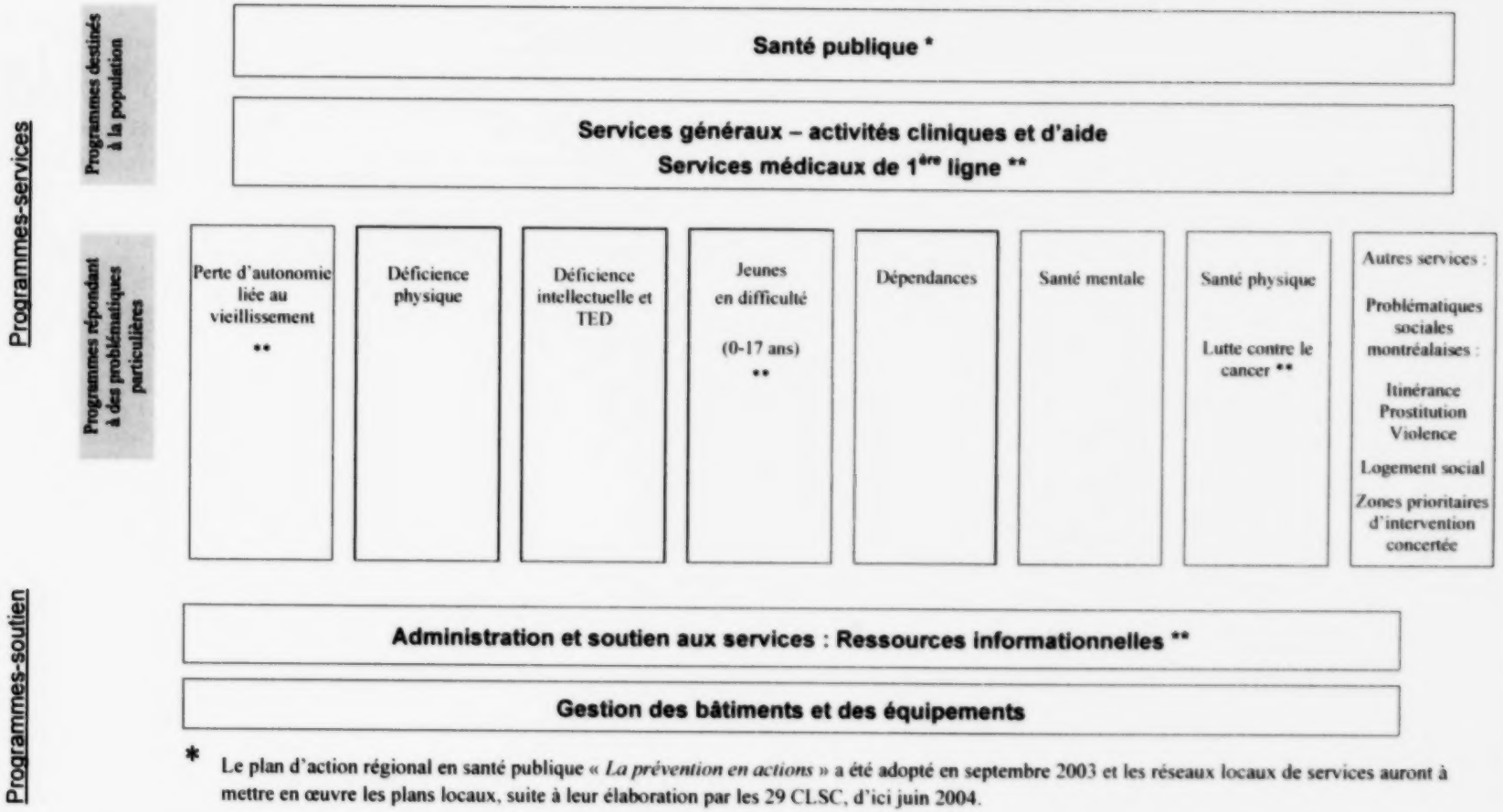
Composition :

3 représentants du Regroupement des CLSC :	Madame Michèle Doyon, coordonnatrice Madame Cécile Légaré, présidente Monsieur André Gagnières, directeur général du CLSC Lac St-Louis
3 représentants du regroupement des CHSLD :	Monsieur André Côté, directeur général Madame Carole McDonough, directrice générale du CHSLD Father Dowd, St. Margaret, St.Andrew Monsieur Jacques St-Pierre, président
3 représentants de la Conférence régionale de l'AHQ	Monsieur Jean-Pierre Massicotte, coordonnateur Monsieur André Lemieux, directeur général de l'Hôpital Louis-H Lafontaine Madame Irène Giannetti, directrice générale, Hôpital Santa-Cabrini
3 représentants du DRMG	Dr Marie-France Pelland, CLSC Nord-de l'Île Dr Mario Zummo, Centre hospitalier de Lachine Dr Gérald Poirier, Clinique médicale 1851, Sherbrooke est
David Levine, président-directeur général	
Louis Côté, secrétaire	
Invités	Directeurs de l'Agence régionale

Mandat :

- Faire des recommandations sur le processus d'élaboration de la proposition d'un modèle montréalais d'organisation des services intégrés ;
- Faire des recommandations sur les critères et les scénarios de création des instances locales ;
- Faire des recommandations visant à prendre en compte les préoccupations particulières des établissements impliqués dans la création des instances locales ;
- Recommander une stratégie d'implantation et d'accompagnement au changement par la mise sur pied des instances locales
- Faire des recommandations sur la nature des ententes à faire avec les médecins et entre les établissements pour assurer la bonne marche des réseaux locaux.

CONFIGURATION DES PROGRAMMES[9]



* Le plan d'action régional en santé publique « *La prévention en actions* » a été adopté en septembre 2003 et les réseaux locaux de services auront à mettre en œuvre les plans locaux, suite à leur élaboration par les 29 CLSC, d'ici juin 2004.

** Balises régionales à élaborer dans un premier temps.

[9] Adapté de «Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux , 21 octobre 2003

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal

ANNEXE 3

LE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL

Balises nationales
Critères régionaux

- Descripteurs et indicateurs recommandés
  - Pour comparer et évaluer les scénarios proposés
  - Pour la formation des instances locales et la définition des territoires locaux

Version du 19 février 2004

Table des matières

1. Accès aux services
   - 1.1 Des services de première ligne sur le territoire local offerts par l'instance locale
   - 1.2 Des services d'hébergement et de soins de longue durée institutionnels et non institutionnels accessible sur le territoire
   - 1.3 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés généralement par l'instance locale
   - 1.4 Des services de première ligne sur le territoire local offerts par les médecins généralistes
   - 1.5 Des services de première ligne sur le territoire local offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires et les autres ressources privées du territoire, notamment les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie
   - 1.6 Un maximum de services sociaux, de santé et de réadaptation, spécialisés, déconcentrés sur le territoire local
   - 1.7 Des services spécialisés et surspécialisés rendus accessibles à l'extérieur du territoire local

2. Territoire local

3. Instance locale

4. Modalités d'organisation
   - 4.1 L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets d'accès, soit l'instance locale et le cabinet de médecins
   - 4.2 L'organisation des services médicaux généraux en mettant à contribution le département régional de médecine générale (DRMG)
   - 4.3 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services
   - 4.4 La standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques, selon les meilleures pratiques, visant à simplifier les trajectoires de services
   - 4.5 L'implication des différents groupes professionnels
   - 4.6 La collaboration avec les autres secteurs d'activités

5. Modalités de participation de la population

1. ACCÈS AUX SERVICES

L'organisation et les ressources disponibles confèrent une marge de manœuvre nécessaire pour optimiser le changement et l'innovation dans l'organisation des services (ressources financières, masses critiques de professionnels, volume d'activités compatibles avec des services de qualité et des coûts acceptables, etc.).

1.1 Des services de première ligne sur le territoire local offerts **par** l'instance locale

- Des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien
  - Des services et des interventions de santé publique pour la population et pour les clientèles vulnérables : actions qui visent la promotion, la prévention et la protection de la santé en lien avec les plans d'action régional et local de la santé publique.
  - Des services généraux destinés à l'ensemble de la population. Ce sont habituellement des services ponctuels : information/orientation, soutien diagnostique, services infirmiers, Info-Santé CLSC, services de périnatalité, services psychosociaux pour les jeunes et les adultes, services d'intervention psychologique, services de soutien à domicile pour les personnes qui ont une incapacité temporaire, services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance et services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre.
  - Des services spécifiques destinés aux clientèles particulières (personnes en perte d'autonomie, personnes atteintes d'une maladie chronique dont le cancer, personnes en fin de vie, personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, jeunes en difficulté et leurs familles, personnes aux prises avec des dépendances, personnes victimes de violence, personnes qui ont des problèmes de santé mentale et autre). Ce sont habituellement des services à moyen et à long terme : en grande partie des services de soutien à domicile, des services psychosociaux, des services de réadaptation et certains soins en fin de vie.

1.2. Des services d'hébergement et de soins de longue durée institutionnels et non institutionnels accessible **sur** le territoire

- Des services institutionnels en CHSLD public offerts **par** l'instance locale.
- Des services institutionnels en CHSLD privés conventionnés accessibles **sur** le territoire local.
- Des ressources d'hébergement non institutionnel accessibles **sur** le territoire local.
  - Pour les ressources non institutionnelles, on pense aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF), gérées par les centres de réadaptation, les centres jeunesse ou par l'instance locale, et d'autres alternatives au logement.
- Une instance locale peur exercer un mandat régional d'hébergement institutionnel pour certaines clientèles, lorsque le volume de personnes desservies permet leur regroupement dans une même ressource.

1.3 Des services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés généralement par l'instance locale*

- Des services hospitaliers généraux et spécialisés de base
  - Urgence
  - Hospitalisation et services ambulatoires des hôpitaux
  - Un accès à des spécialités médicales locales ** :
    - chirurgicales (anesthésiologie, chirurgie générale, orthopédie et obstétrique-gynécologie
    - médicales (médecine interne, pédiatrie, psychiatrie et anatomopathologie).
- Des plateaux techniques et diagnostiques de base ***
  - Imagerie, radiologie, laboratoires

1.1 Le **découpage des territoires de référence** assure la présence d'une masse critique de ressources permettant aux instances locales d'offrir les services de première ligne attendus d'elles de la façon la plus comparable possible au point de départ.

Descripteurs : ressources financières par programme, ressources humaines par catégories d'emploi.

1.2 Le découpage des territoires de référence doit comporter une masse critique de ressources institutionnelles et non institutionnelles permettant d'offrir, sur le territoire, les services d'hébergement et de soins de longue durée requis par la clientèle du territoire.

Descripteurs : nombre et types de lits et places.

Indicateur : le degré d'autonomie, au point de départ, du réseau local quant à la réponse au besoin d'hébergement de la population du territoire.

1.3 Le découpage des territoires de référence assure la présence, au point de départ :

d'une masse critique de ressources permettant d'offrir :

- les services hospitaliers généraux et spécialisés dispensés généralement par l'instance locale
- conformément aux balises nationales.

1. ACCÈS AUX SERVICES (SUITE)

* Lorsque, exceptionnellement, aucun CHSGS ne fait partie de l'instance locale, une entente de services formelle doit être établie avec un centre hospitalier en vue d'assurer à la population du territoire local l'accès aux services hospitaliers généraux et spécialisés.

** Source : *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier et caractéristiques des établissements selon leur catégorie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 26 septembre 2003.

*** Les services diagnostiques de base peuvent se retrouver dans l'instance locale; sinon une entente doit être convenue, soit avec une autre instance locale, un CHSGS ou une clinique privée en vue d'assurer l'accès à ces services.

Descripteurs :

- ✓ l'effectif des médecins, dentistes et pharmaciens composant le CMDP de l'instance locale au point de départ;
- ✓ la liste des plateaux techniques disponibles dans l'instance locale;
- ✓ l'accès, au point de départ, à au moins un plateau technique de base situé sur le territoire.

1.4 Des services de première ligne **sur** le territoire local offerts par les médecins généralistes

- Des services médicaux généraux, dispensés par les omnipraticiens
- Des services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous, des services médicaux offerts dans les urgences et auprès des clientèles particulières, des services de soutien au diagnostic médical et à la référence et des services de planification des naissances.

1.4 a) Nombre de cliniques ayant le potentiel de devenir un centre médical affilié.

1.4 b) Le nombre de médecins omnipraticiens (ETC) œuvrant en première ligne sur le territoire local

1.5 Des services de première ligne **sur** le territoire local offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires et les autres ressources privées du territoire, notamment les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie

- Des liens établis par entente ou par d'autres modalités de collaboration sont à créer avec l'instance locale.
- Les modalités de collaboration avec le milieu communautaire doivent se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la politique gouvernementale.

1.6 Un maximum de services sociaux, de santé et de réadaptation, spécialisés, déconcentrés sur le territoire local

- Certains services offerts par les centres jeunesse, par les centres de réadaptation ou par les centres hospitaliers.
- La nature des services qui doivent être déconcentrés est à déterminer selon les besoins de la clientèle, les masses critiques de professionnels disponibles dans la région, la garantie de qualité des services, les coûts (à coût comparable). Des ententes sont convenues entre ces centres et l'instance locale.

1.7 Des services spécialisés et surspécialisés rendus accessibles à l'extérieur du territoire local

- Les services offerts par les centres hospitaliers à vocation régionale et suprarégionale, les centres jeunesse et les centres de réadaptation disponibles dans la région ou dans d'autres régions.
- L'accès aux services spécialisés et surspécialisés est assuré par des mécanismes de référence et par des corridors de services qui prennent la forme d'ententes entre les organisations et les producteurs de services.

2. TERRITOIRE LOCAL

- Le réseau de la santé et des services sociaux doit offrir le plus de services possibles (services de santé publique, services généraux, services spécifiques et certains services spécialisés), à proximité des individus.
- Le découpage territorial est le plus naturel possible : il tient compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services de santé et services sociaux de la population.
- Le territoire tend à s'harmoniser, dans la mesure où c'est réalisable, avec le découpage d'autres territoires administratifs.
- Le territoire est un lieu d'échanges intersectoriels qui contribuent au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- L'organisation favorise la disponibilité, la répartition et la rétention des ressources humaines requises.

2 Pour les principaux services offerts sur le territoire, le découpage des territoires de référence assure, au point de départ, un taux standardisé d'utilisation des ressources le plus comparable possible entre les territoires :

Descripteurs :

- ✓ Population totale, âge, sexe;
- ✓ Caractéristiques socio-économiques
- ✓ Volumes des personnes d'expression française, anglaise et autres
- ✓ Volumes d'hospitalisation utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes d'hébergement utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes des services de soutien à domicile utilisés par la population locale ;
- ✓ Volumes des services médicaux généraux utilisés par la population locale;
- ✓ Volumes des signalements faits;
- ✓ Volumes des hospitalisations psychiatriques utilisés par la population locale;

Indicateurs :

- ✓ Taux standardisé d'hospitalisation;
- ✓ Taux standardisé d'hébergement;
- ✓ Taux standardisé d'utilisation des services de soutien à domicile;
- ✓ Taux standardisé d'utilisation des services médicaux généraux;
- ✓ Taux standardisé de signalements (LPJ);
- ✓ Taux standardisé d'utilisation des hospitalisations psychiatriques.

3. INSTANCE LOCALE

3.1 Les établissements exerçant une mission de CLSC, de CHSLD et de CHSGS, présents sur le territoire local, doivent se regrouper, par fusion, en vue de constituer une instance locale dûment mandatée pour exercer une responsabilité de population et en être imputable.	3.1 a) Chaque instance locale compte au moins un CHSGS. 3.1 b) Un CHSGS ayant une mission de réadaptation se regroupe par fusion à l'instance locale de son territoire; chaque instance compte au point de départ sur des lits de réadaptation. **Descripteur** : Nombre de lits de réadaptation CHR-URFI de l'instance locale. **Indicateur :** Écart entre les lits utilisés et les lits disponibles en réadaptation
3.2 Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper ces services, eu égard à la dimension du territoire desservi par le centre hospitalier, à l'importance de ses installations (quantité de ressources humaines, matérielles et financières, étendue des services spécialisés et surspécialisés offerts, technologies de pointe, etc.) ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie.	3.2 Un CHSGS qui offre des soins généraux et spécialisés ou ayant une mission de réadaptation peut être exclus de l'instance locale du territoire si : • une concentration aussi importante de ses usagers provient d'un autre territoire de référence que de son territoire local **Descripteur** : • provenance de la clientèle des CHSGS. ou • une proportion importante de ses ressources est consacrée à des services surspécialisés. **Descripteur** : • importance des ressources; • volumes d'hospitalisation par niveau d'accès. ou • la composition ethnoculturelle, socioculturelle ou linguistique de sa clientèle se démarque de façon significative des caractéristiques de la population du territoire **Descripteur :** • nombre et proportion des personnes d'expression française, anglaise et autres du territoire.
3.3 Dans le cas où aucun CHSGS ne peut être regroupé à l'instance locale, une entente de services formelle doit être établie avec un ou plusieurs centres hospitaliers, en vue d'assurer à la population du territoire local l'accès aux services hospitaliers généraux et spécialisés.	
3.4 Le fait que des établissements soient désignés pour dispenser des services en langue anglaise, dans un programme élaboré en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ne compromet pas une fusion de ces établissements. Le nouvel établissement ainsi formé continue d'offrir ces services, comme il a été défini dans le programme.	
3.5 De même, lorsqu'une instance locale intègre les services d'un établissement reconnu conformément à la Charte de la langue française, fournissant des services dans une langue autre que le français, elle doit continuer d'offrir ces services dans les installations dont elle est devenue responsable.	3.5 la composition des instances proposée respecte les caractéristiques linguistiques et culturelles de la population à desservir

4. MODALITÉS D'ORGANISATION

4.1 L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets d'accès, soit l'instance locale et le cabinet de médecins

- Un guichet d'accès déterminé avec une instance locale pour toutes les clientèles*. Des mécanismes de prise en charge assurés par l'instance locale, adaptés pour chaque clientèle particulière;
- Un lien privilégié, par l'inscription des personnes (prioritairement pour les clientèles particulières), par les GMF ou par les médecins des cliniques privées. L'usager continue de choisir son médecin de famille. L'implantation des groupes de médecine de famille va se poursuivre comme voie privilégiée pour faciliter l'accès aux services médicaux; les cliniques privées du territoire seront invitées à s'associer à l'instance locale en vue de faciliter l'accès au plateau diagnostique et pour bénéficier des facilités de communication informatique (ex. : laboratoires).

4.2 L'organisation des services médicaux généraux en mettant à contribution le département régional de médecine générale (DRMG)

- La définition d'ententes et de mécanismes de collaboration entre une instance locale et les cabinets de médecins; le DRMG pourra participer à l'élaboration de cette entente;
- L'accès à des plateaux techniques pour tous les médecins;
- La définition de corridors de services pour la référence et le suivi avec les médecins spécialistes; des représentants des médecins spécialistes** pourront participer à l'élaboration de cette entente;
- Des engagements et des modalités pour assurer la prise en charge des clientèles particulières.

* Incluant la clientèle des jeunes, sauf en ce qui concerne les signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et les références en fonction de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents.
** Éventuellement, un département régional de médecine spécialisée sera institué.

4.3 L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services

- Des modalités sont à définir pour associer l'instance locale avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires, les ressources non institutionnelles et certaines ressources privées.
- Des ententes sont à formaliser pour associer les instances locales et les établissements régionaux ou suprarégionaux offrant des services de deuxième et de troisième lignes, selon les programmes-services. Les corridors de services sont bidirectionnels.
- Les modalités d'organisation proposées par les agences régionales tiendront compte de celles développées par les réseaux universitaires intégrés de services (RUIS)***

4.4 La standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques, selon les meilleures pratiques, visant à simplifier les trajectoires de services

- Concevoir et mettre en place les protocoles cliniques, selon les meilleures pratiques, basées sur des données probantes et qui précisent notamment : les objectifs de santé et de bien-être poursuivis;
    - les partenaires mis à contribution (approche interdisciplinaire);
    - le partage des responsabilités;
    - les ressources requises;
    - les modalités de référence, de transfert et de suivi;
    - les mécanismes de coordination et de communication;
    - les indicateurs de résultats.

4. MODALITÉS D'ORGANISATION (SUITE)

** Quatre RUIS ont été créés, un dans chaque université ayant une faculté de médecine. Ils formulent des recommandations au ministre sur le déploiement des programmes de formation, sur les plans de la main-d'œuvre et de l'effectif médical, sur le mode d'organisation des services spécialisés et surspécialisés, sur les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau et sur le développement des technologies et de la recherche. Chaque réseau universitaire intégré de santé RUIS répondra d'un territoire d'influence et de parrainage.

4.5 L'implication des différents groupes professionnels

- Les professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) devront être associés à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion selon des modalités adaptées à chaque réseau local de services.

4.6 La collaboration avec les autres secteurs d'activités

- Des liens avec les autres secteurs d'activités, ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux, tels les commissions scolaires, les municipalités, le milieu de l'habitation, etc., sont nécessaires pour avoir une vision cohérente et pour coordonner les actions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

5. MODALITÉS DE PARTICIPATION DE LA POPULATION

L'instance locale devra, pour chaque territoire local, définir les modalités de participation pour les citoyens et les usagers, qui sont adaptées aux particularités territoriales.

ANNEXE 4

AJUSTEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES D'HÉBERGEMENT DU RÉSEAU DES CHSLD ENTRE LES SOUS-RÉGIONS

1. Estimation des besoins de chaque sous-région :

La consommation actuelle de services par la clientèle de chacune des sous-régions est utilisée pour estimer leurs besoins relatifs en matière de ressources d'hébergement. Pour ce faire, la sous-région d'origine des personnes hébergées dans le réseau des CHSLD ainsi que des personnes en liste d'attente[10] est utilisée. On parle de « besoins relatifs » parce que ce sont les ressources actuellement disponibles régionalement qui sont partagées entre les sous-régions, ce qui ne correspond pas à l'ensemble des besoins de la clientèle. Ces données permettent donc d'identifier le pourcentage des ressources disponibles dont devrait disposer chacune des sous-régions pour assurer une équité entre elles.

2. Évaluation des ressources dont dispose chaque sous-région :

Le nombre et le type de ressources d'hébergement en CHSLD publics disponibles dans chaque sous-région est d'abord identifié. De ces ressources sont retranchés les programmes régionaux administrés par certains CHSLD, afin de ne pas pénaliser les sous-régions où on retrouve de tels programmes. Plus spécifiquement, les lits suivants ont été retranchés :

- les unités spécifiques (347 lits) ;
- les deux unités recevant des personnes présentant une déficience intellectuelle (60 lits) ;
- une unité mandatée pour recevoir une clientèle présentant des déficiences multiples (30 lits) ;
- les lits utilisés pour la clientèle ayant une déficience visuelle (99 lits) ;
- les lits accueillant une clientèle avec déficience auditive (111)[11] ;
- les places dans une ressource contractuelle accueillant spécifiquement de jeunes personnes physiquement handicapées (15 places) ;
- certains lits de programmes ou établissements mandatés pour recevoir une clientèle de différentes origines ethnoculturelles (184 lits).

Il est à noter que ce ne sont pas tous les lits des programmes ou établissements mandatés pour desservir une clientèle d'origine ethnique particulière qui ont été retranchés du nombre de lits disponibles dans la sous-région, puisque dans certains cas, la clientèle provient majoritairement de la sous-région où est situé l'établissement.[12]

De plus, 254 autres lits ont été retranchés du bassin de lits de deux sous-régions pour tenir compte du fait que deux établissements reçoivent une proportion de clientèle de moins de 65 ans beaucoup plus élevé que la moyenne.

3. Ajustement du nombre de ressources d'hébergement entre les sous-région :

Le pourcentage de ressources dont devrait disposer chaque sous-région, estimé tel que présenté au point 1, est comparé au pourcentage de ressources d'hébergement publiques du réseau des CHSLD qu'on retrouve dans les faits dans chaque sous-région.

---

[10] Les données utilisées sont en date du 17 mars 2004.

[11] L'établissement opérant ces lits a un mandat suprarégional à l'égard de la clientèle ayant une déficience auditive.

[12] Des lits ont été retranchés au niveau des établissements mandatés pour desservir une communauté ethnoculturelle particulière lorsque moins de 50 % de la clientèle était originaire de la sous-région dans laquelle se trouve l'établissement. Ce ne sont cependant pas tous les lits qui ont été retranchés, mais seulement la proportion des lits correspondant à l'utilisation faite par les autres sous-régions.

L'association des CHSLD privés-conventionnés aux CSSS est ensuite effectuée en tenant compte de la sous-région dans laquelle se trouve l'établissement, mais également de façon à combler l'écart entre les besoins relatifs de chaque sous-région et l'offre de services en CHSLD publics.

4. La recommandation :

Afin d'obtenir un ajustement maximal des ressources d'hébergement disponible entre les sous-régions il est recommandé de :

- considérer une des deux installations du CHSLD Les Havres, c'est-à-dire Havre les Quatre-Saisons, dans la sous-région 8 plutôt que dans la sous-région 10, là où se situe d'ailleurs cette installation ;
- associer chacun des CHSLD privés-conventionnés de la région avec le CSSS du territoire où ils sont situés sauf :
  - le CHSLD Bourget qui serait associé à la sous-région 11 plutôt qu'à la sous-région 12 (cet établissement doit d'ailleurs déménager dans la sous-région 11)[13] ;
  - une partie des lits du Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin qui serait associé à la sous-région 10 plutôt qu'à la sous-région 12 ;
  - le Centre d'hébergement Saint-Georges, qui déménage dans la sous-région 4-5 prochainement, et qui serait associé à la sous-région 8.
  - le CHSLD Vigi Reine-Élizabeth qui serait associé à la sous-région 1 plutôt qu'à la sous-région 45.

Soulignons que malgré cet ajustement :

- certaines sous-régions affichent une proportion de lits pouvant accueillir une clientèle nécessitant plus de 2,5 heures-soins par jour nettement inférieure à la moyenne régionale. C'est le cas notamment des sous-régions 3, 9 et10.

- certaines sous-régions ne disposent d'aucune ressource destinée à recevoir une clientèle nécessitant moins de 1,5 heures-soins par jour (places en RTF ou lits). C'est le cas des sous régions 1, 2, 3, 8 et 10.

- la région 6 n'a à toutes fins pratiques pas de lits pouvant accueillir une clientèle nécessitant entre 1,5 et 2,5 heures-soins.

Il est à noter que la consommation de services par la clientèle des autres régions administratives n'est pas tenu en compte dans cette approche. L'analyse de la consommation de services d'hébergement par la clientèle de chaque région ne tient pas non plus compte du type de ressources utilisées, c'est-à-dire de la lourdeur des ressources requises.

Mentionnons que les lits d'hébergement temporaire, représentant environ 1 % des ressources, ont été inclus dans l'analyse puisqu'ils devront faire l'objet d'une nouvelle répartition entre les sous-régions.

Finalement, grâce au développement des ressources non institutionnelles à venir, un meilleur équilibre pourra être atteint entre les besoins de la clientèle et les ressources du territoire.

---

[13] L'association d'une partie seulement des lits à la sous-région 11 permettrait un meilleur équilibrage des ressources, mais impliquerait la signature d'une entente avec deux CSSS.

		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		Total	
Demande de lits et places pour la clientèle de Mtl	Personnes admises	605	5,1%	809	6,8%	1061	8,9%	941	7,9%	1225	10,3%	762	6,4%	1445	12,2%	665	5,6%	1185	10,0%	609	5,1%	1412	11,9%	1170	9,8%	11889	
	Personnes en attente	181	8,8%	140	6,8%	186	9,0%	173	8,4%	204	9,9%	150	7,3%	175	8,5%	105	5,1%	142	6,9%	150	7,3%	237	11,5%	216	10,5%	2059	
	Total	786	5,6%	949	6,8%	1247	8,9%	1114	8,0%	1429	10,2%	912	6,5%	1620	11,6%	770	5,5%	1327	9,5%	759	5,4%	1649	11,8%	1386	9,9%	13948	
Nombre de ressources d'hébergement publiques	lits < 1,5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	154	27,5%	0	0,0%	0	0,0%	147	26,3%	0	0,0%	161	28,8%	97	17,4%	559	5,8%
	lits 1,5 à 2,5	61	1,4%	408	9,2%	923	20,8%	125	2,8%	309	7,0%	135	3,0%	388	8,7%	260	5,9%	585	13,2%	292	6,6%	643	14,5%	310	7,0%	4439	46,0%
	lits > 2,5	64	1,5%	459	10,4%	358	8,1%	342	7,8%	370	8,4%	670	15,2%	300	6,8%	96	2,2%	828	18,8%	160	3,6%	538	12,2%	219	5,0%	4404	45,7%
	Nombre total de lits	125	1,3%	867	9,2%	1281	13,6%	467	5,0%	679	7,2%	959	10,2%	688	7,3%	356	3,8%	1560	16,6%	452	4,8%	1342	14,3%	626	6,7%	9402	97,5%
	RTF	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	49	39,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	74	60,2%	0	0,0%	123	1,3%
	RI et autres ressources	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	28	23,3%	0	0,0%	0	0,0%	74	61,7%	0	0,0%	0	0,0%	18	15,0%	120	1,2%
	Grand total	125	1,3%	867	9,0%	1281	13,3%	467	4,8%	728	7,5%	987	10,2%	688	7,1%	356	3,7%	1634	16,9%	452	4,7%	1416	14,7%	644	6,7%	9645	100,0%
Programmes régionaux à retirer																										0	
unités spécifiques	1,5-2,5					90										25		64						33		212	
unités spécifiques	> 2,5					24												58				51		2		135	
déficience intellectuelle	> 2,5					32						28														60	
Multi-handicaps	> 2,5											95						159				30				284	
déficience visuelle	1,5 - 2,5																					99				99	
déficience auditive	1,5 - 2,5											111														111	
Propulsion	ressource contractuelle																	15								15	
malades pulmonaires	> 2,5																									0	
Hôpital Chinois	1,5 - 2,5																	25								25	
Hôpital Chinois	> 2,5																	52								52	
Institut Polonais	1,5 - 2,5																					68				68	
Institut Polonais	> 2,5																					23				23	
Les Cèdres *	< 1,5											16														16	
Moins de 65 ans	> 2,5											21						126								147	
Total		0	0	0	0	146	0	0	0	0	0	271	0	0	0	25	0	499	0	0	0	271	0	35	0	1247	
Nbre de ressources «locales» d'héberg. publiques	lits < 1,5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	154	27,5%	0	0,0%	0	0,0%	147	26,3%	0	0,0%	161	28,8%	97	17,4%	559	
	lits 1,5 à 2,5	61	1,6%	408	10,4%	833	21,2%	125	3,2%	309	7,9%	24	0,6%	388	9,9%	235	6,0%	496	12,6%	292	7,4%	476	12,1%	277	7,1%	3924	
	lits > 2,5	64	1,7%	459	12,4%	302	8,2%	342	9,2%	370	10,0%	526	14,2%	300	8,1%	96	2,6%	433	11,7%	160	4,3%	434	11,7%	217	5,9%	3703	
	Nbre total de lits «locaux»	125	1,5%	867	10,6%	1135	13,9%	467	5,7%	679	8,3%	704	8,6%	688	8,4%	331	4,0%	1076	13,1%	452	5,5%	1071	13,1%	591	7,2%	8186	
	RTF	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	49	39,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	74	60,2%	0	0,0%	123	
	RI et autres ressources	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	28	26,7%	0	0,0%	0	0,0%	59	56,2%	0	0,0%	0	0,0%	18	17,1%	105	
	Grand total	125	1,5%	867	10,3%	1135	13,5%	467	5,6%	728	8,7%	732	8,7%	688	8,2%	331	3,9%	1135	13,5%	452	5,4%	1145	13,6%	609	7,2%	8414	
	Écart		-4,1%		3,5%		4,5%		-2,4%		-1,6%		2,2%		-3,4%		-1,6%		4,0%		-0,1%		1,8%		-2,7%		
Nbre de ressources d'héberg. privés-conventionnées	lits < 1,5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	131	33,2%	0	0,0%	9	2,3%	255	64,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0		395	
	lits 1,5 à 2,5	224	19,5%	0	0,0%	0	0,0%	144	12,6%	258	22,5%	0	0,0%	155	13,5%	0	0,0%	0	0,0%	100	8,7%	40	3,5%	225		1146	
	lits > 2,5	275	12,1%	42	1,9%	0	0,0%	366	16,2%	335	14,8%	66	2,9%	354	15,6%	282	12,4%	0	0,0%	0	0,0%	274	12,1%	272		2266	
	Nombre total de lits	499	13,1%	42	1,1%	0	0,0%	641	16,8%	593	15,6%	75	2,0%	764	20,1%	282	7,4%	0	0,0%	100	2,6%	314	8,2%	497	13,1%	3807	
Nbre total de ressources d'hébergement locales	lits < 1,5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	131	13,7%	0	0,0%	163	17,1%	255	26,7%	0	0,0%	147	15,4%	0	0,0%	161	16,9%	97	10,2%	954	
	lits 1,5 à 2,5	285	5,6%	408	8,0%	833	16,4%	269	5,3%	567	11,2%	24	0,5%	543	10,7%	235	4,6%	496	9,8%	392	7,7%	516	10,2%	502	9,9%	5070	
	lits > 2,5	339	5,7%	501	8,4%	302	5,1%	708	11,9%	705	11,8%	592	9,9%	654	11,0%	378	6,3%	433	7,3%	160	2,7%	708	11,9%	489	8,2%	5969	
	Nbre total de lits «locaux»	624	5,2%	909	7,6%	1135	9,5%	1108	9,2%	1272	10,6%	779	6,5%	1452	12,1%	613	5,1%	1076	9,0%	552	4,6%	1385	11,5%	1088	9,1%	11993	
	RTF	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	49	39,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	74	60,2%	0	0,0%	123	
	RI et autres ressources	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	28	26,7%	0	0,0%	0	0,0%	59	56,2%	0	0,0%	0	0,0%	18	17,1%	105	
	Grand total	624	5,1%	909	7,4%	1135	9,3%	1108	9,1%	1321	10,8%	807	6,6%	1452	11,9%	613	5,0%	1135	9,3%	552	4,5%	1459	11,9%	1106	9,0%	12221	
	Écart		-0,5%		0,6%		0,3%		1,1%		0,6%		0,1%		0,3%		-0,5%		-0,2%		-0,9%		0,1%		-0,9%		
Répartition des ressources locales selon heures/soins	lits et places < 1,5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	131	11,8%	49	3,7%	163	20,2%	255	17,6%	0	0,0%	147	13,0%	0	0,0%	235	16,1%	97	8,8%	1077	8,8%
	lits et places 1,5 à 2,5	285	45,7%	408	44,9%	833	73,4%	269	24,3%	567	42,9%	52	6,4%	543	37,4%	235	38,3%	555	48,9%	392	71,0%	516	35,4%	520	47,0%	5175	42,3%
	lits 2,5 et +	339	54,3%	501	55,1%	302	26,6%	708	63,9%	705	53,4%	592	73,4%	654	45,0%	378	61,7%	433	38,1%	160	29,0%	708	48,5%	489	44,2%	5969	48,8%

* Les lits de cet établissement ont été soustrait au niveau des établissements privés-conventionnés

Les lits d'hébergement temporaire sont exclus de cette analyse.

Les 260 lits du Centre d'hébergement St-George (Groupe Roy Santé) ont été imputés à la sous-région 45 compte-tenu de son déménagement dans les installations de l'ex-hôpital Ste-Jeanne D'Arc en mai prochain.

Les lits de la sous-région Ouest tiennent compte d'un rehaussement de 60 lits à 2,5 heures-soins et + au CHSLD Lachine, Nazaire Piché, Foyer Dorval

ANNEXE 5

Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal

	Taux de mortalité, 1994-1998 (pour 100 000)								*Taux d'incidence du cancer, 1996-2000 (pour 100 000)*		
Territoires de regroupements	**Tumeurs**	**Appareil circulatoire**	**Appareil respiratoire**	**Trauma-tismes**	**Suicide**	**Cancer du poumon**	**Cancer du côlon-rectum**	**Cancer du sein**	**Cancer du poumon**	**Cancer du côlon-rectum**	**Cancer du sein**
01 - Pierrefonds / Lac St-Louis	214	258	64	21	8	49	27	31	56	62	130
02 - LaSalle / Lachine	271	337	80	19	10	76	34	39	89	71	135
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / St-Henri / Pte-St-Charles	301	372	106	24	20	100	36	38	110	69	123
04 - René-Cassin / NDG-Montréal-Ouest	209	282	72	20	12	46	24	33	51	61	141
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc Extension	228	267	64	18	10	43	29	37	51	54	142
06 - Saint-Laurent / Bordeaux-Cartierville (Nord-de-l'Île)	218	268	52	19	9	48	28	35	57	61	143
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	255	340	79	22	18	74	34	41	80	65	144
08 - La Petite Patrie / Villeray	280	346	84	24	19	92	29	66	96	63	125
09 - Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc	316	404	105	38	27	104	33	39	107	68	124
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	239	266	68	20	13	66	27	29	82	69	113
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	277	366	93	28	21	86	35	38	102	66	144
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pte-aux-Trembles	287	379	89	22	13	83	37	33	100	76	103
Région de Montréal	**253**	**320**	**79**	**23**	**15**	**70**	**31**	**39**	**80**	**65**	**137**

Valeur favorable comparativement à celle de la région

Valeur comparable à la région

Valeur défavorable comparativement à celle de la région

Territoires de regroupements	*Espérance de vie à la naissance, 1994-1998*		*Assistance-emploi*	*Victimisation*	*Externalisation*
	Hommes (Années)	Femmes (Années)	Prestataires (%)	0-17 ans (Taux pour 1000)	0-17 ans (Taux pour 1000)
1 - Pierrefonds / Lac St-Louis	78,6	82,8	3,3	8	13
2 - LaSalle / Lachine	74,6	80,8	10,3	22	19
3 - Verdun / St-Henri / Pte-St-Charles	72,3	79,0	21,3	42	29
4 - René-Cassin / NDG-Montréal-Ouest	77,9	82,6	11,9	12	10
5 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc Extension	77,9	82,5	9,2	15	16
6 - Saint-Laurent / Bordeaux-Cartierville (Nord-de-l'Île)	76,2	82,9	14,0	12	12
7 - Ahuntsic / Montréal-Nord	74,4	81,0	16,7	27	14
8 - Petite Patrie / Villeray	72,6	80,1	15,4	23	17
9 - Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc	69,1	78,4	15,2	25	16
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	76,4	81,8	15,7	20	12
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	71,9	79,9	18,8	35	20
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pte-aux-Trembles	74,2	80,1	9,5	15	15
Région de Montréal	**74,8**	**81,1**	**12,8**	**21**	**14**

Valeur favorable comparativement à celle de la région — Valeur comparable à la région — Valeur défavorable comparativement

Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal

	Taux de mortalité, 1994-1998 (pour 100 000)								*Taux d'incidence du cancer, 1996-2000 (pour 100 000)*		
Territoires de regroupements	**Tumeurs**	**Appareil circulatoire**	**Appareil respiratoire**	**Trauma-tismes**	**Suicide**	**Cancer du poumon**	**Cancer du côlon-rectum**	**Cancer du sein**	**Cancer du poumon**	**Cancer du côlon-rectum**	**Cancer du sein**
01 - Pierrefonds / Lac St-Louis	214	258	64	21	8	49	27	31	56	62	130
02 - LaSalle / Lachine	271	337	80	19	10	76	34	39	89	71	135
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / St-Henri / Pte-St-Charles	301	372	106	24	20	100	36	38	110	69	123
04 - René-Cassin / NDG-Montréal-Ouest	209	282	72	20	12	46	24	33	51	61	141
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc Extension	228	267	64	18	10	43	29	37	51	54	142
06 - Saint-Laurent / Bordeaux-Cartierville (Nord-de-l'île)	218	268	52	19	9	48	28	35	57	61	143
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	255	340	79	22	18	74	34	41	80	65	144
08 - La Petite Patrie / Villeray	280	346	84	24	19	92	29	66	96	63	125
09 - Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc	316	404	105	38	27	104	33	39	107	68	124
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	239	266	68	20	13	66	27	29	82	69	113
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	277	366	93	28	21	86	35	38	102	66	144
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pte-aux-Trembles	287	379	89	22	13	83	37	33	100	76	103
Région de Montréal	**253**	**320**	**79**	**23**	**15**	**70**	**31**	**39**	**80**	**65**	**137**

Valeur favorable comparativement à celle de la région

Valeur comparable à la région

Valeur défavorable comparativement à celle de la région

Territoires de regroupements	*Espérance de vie à la naissance, 1994-1998*		*Assistance-emploi*	*Victimisation*	*Externalisation*
	Hommes (Années)	**Femmes** (Années)	**Prestataires** (%)	**0-17 ans** (Taux pour 1000)	**0-17 ans** (Taux pour 1000)
1 - Pierrefonds / Lac St-Louis	78,6	82,8	3,3	8	13
2 - LaSalle / Lachine	74,6	80,8	10,3	22	19
3 - Verdun / St-Henri / Pte-St-Charles	72,3	79,0	21,3	42	29
4 - René-Cassin / NDG-Montréal-Ouest	77,9	82,6	11,9	12	10
5 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc Extension	77,9	82,5	9,2	15	16
6 - Saint-Laurent / Bordeaux-Cartierville (Nord-de-l'île)	78,2	82,9	14,0	12	12
7 - Ahuntsic / Montréal-Nord	74,4	81,0	16,7	27	14
8 - Petite Patrie / Villeray	72,6	80,1	15,4	23	17
9 - Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc	69,1	78,4	15,2	25	16
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	76,4	81,8	15,7	20	12
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	71,9	79,9	18,8	35	20
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pte-aux-Trembles	74,2	80,1	9,5	15	15
Région de Montréal	**74,8**	**81,1**	**12,8**	**21**	**14**

Valeur favorable comparativement à celle de la région

Valeur comparable à la région

Valeur défavorable comparativement

DESCRIPTEURS ET INDICATEURS

Territoires de regroupements	Données sociodémographiques et socioéconomiques																
	population totale			population 0 - 18 ans		population 19 - 64 ans		population 65 ans et +		personnes d'expression française		personnes d'expression anglaise		personnes d'expression autre		personnes sous faible revenu	
	F	H	T	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	105 020	99 625	204 645	52 455	25,6%	127 630	62,4%	24 560	12,0%	70 765	35,0%	117 445	58,0%	1 925	1,0%	24 805	12,3%
02 - LaSalle / Lachine	69 630	62 225	131 855	25 165	19,1%	83 675	63,5%	23 015	17,5%	70 610	54,4%	49 930	38,5%	1 970	1,5%	30 165	23,2%
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	67 405	62 175	129 580	23 980	18,5%	85 670	66,1%	19 930	15,4%	90 100	70,8%	29 735	23,4%	1 625	1,3%	45 695	35,9%
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	63 280	54 375	117 655	22 530	19,1%	71 585	60,8%	23 540	20,0%	30 905	26,8%	72 640	62,9%	2 140	1,9%	29 635	25,7%
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	113 535	105 465	219 000	41 340	18,9%	143 220	65,4%	34 440	15,7%	85 215	39,4%	98 925	45,8%	8 665	4,0%	75 510	34,9%
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	65 255	59 345	124 600	24 955	20,0%	75 890	60,9%	23 755	19,1%	61 165	49,8%	38 500	31,3%	5 290	4,3%	36 875	30,0%
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	87 065	74 350	161 415	30 940	19,2%	99 210	61,5%	31 265	19,4%	129 650	81,9%	14 970	9,5%	3 595	2,3%	52 550	33,2%
08 - Petite-Patrie / Villeray	56 005	51 960	107 965	17 230	16,0%	75 175	69,6%	15 560	14,4%	89 410	83,7%	7 700	7,2%	3 005	2,8%	37 270	34,9%
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	65 595	70 880	136 475	15 760	11,5%	104 785	76,8%	15 930	11,7%	107 335	80,5%	18 035	13,5%	2 565	1,9%	47 300	35,5%
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	65 240	57 925	123 165	26 420	21,5%	76 250	61,9%	20 495	16,6%	79 395	64,7%	22 470	18,3%	5 900	4,8%	40 425	32,9%
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	90 075	80 755	170 830	26 425	15,5%	113 065	66,2%	31 340	18,3%	147 890	88,6%	10 950	6,6%	1 795	1,1%	55 715	33,4%
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	96 960	88 065	185 025	38 895	21,0%	118 200	63,9%	27 930	15,1%	152 510	84,4%	19 030	10,5%	2 065	1,1%	38 985	21,6%

Territoires de regroupements	Utilisation des services de santé et services sociaux					
	Admissions en santé physique	Admissions en santé mentale	Héberge-ment	Services de soutien à domicile	Services médicaux	
					Omnipratique	Spécialités
	Tx standardisé	Tx standardisé	Tx standardisé	Tx standardisé	Nbre*	Nbre*
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	87,0	63,4	67,9	90,3	117	197
02 - LaSalle / Lachine	95,8	79,3	92,2	86,9	99	145
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	116,2	116,0	136,7	162,5	121	164
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	88,7	80,8	79,0	91,5	94	166
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	90,0	89,4	76,7	57,9	152	281
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	95,8	95,2	77,1	109,5	91	139
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	108,7	108,2	111,9	71,1	132	168
08 - La Petite-Patrie / Villeray	98,9	119,0	106,4	126,8	74	106
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	100,9	107,0	162,9	160,8	88	147
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	114,3	90,3	93,5	105,9	93	136
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	106,5	142,2	113,0	93,8	131	216
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	111,1	129,9	122,3	110,7	124	197

* Nombre brut de médecins ETP. Correspond aux services consommés par la population du territoire. Données non pondérées.
Source: CONSOM 2002 (MSSS)

Territoires de regroupements	Habitudes de la population			
	Épisodes de soins généraux			
	CHSGS 1	**%**	**CHSGS 2**	**%**
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	GÉNÉRAL DU LAKESHORE	42,8%	CUSM	19,7%
02 - LaSalle / Lachine	LASALLE	31,2%	CUSM	17,1%
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	VERDUN	32,2%	CUSM	19,0%
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	34,1%	CUSM	31,9%
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	CUSM	28,5%	JUIF SIR MORTIMER B.DAVIS	27,0%
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	29,2%	CUSM	17,8%
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	FLEURY	19,7%	SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	13,8%
08 - Petite-Patrie / Villeray	JEAN-TALON	23,9%	CHUM	22,7%
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	CHUM	52,7%	CUSM	13,5%
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	MAISONNEUVE-ROSEMONT	21,5%	SANTA CABRINI	14,5%
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	MAISONNEUVE-ROSEMONT	33,4%	CHUM	22,6%
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	MAISONNEUVE-ROSEMONT	34,2%	CH en dehors de Montréal	12,0%

Territoires de regroupements	Habitudes de la population				Dépendance hôpital local ou de 1re instance	
	Épisodes de soins surspécialisés				Épisodes de soins généraux	
	CHSGS 1	%	CHSGS 2	%	CHSGS	%
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	CUSM	52,1%	JUIF SIR MORTIMER B DAVIS	19,9%	GÉNÉRAL DU LAKESHORE	60,3%
02 - LaSalle / Lachine	CUSM	49,2%	CHUM	22,8%	LACHINE	52,9%
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	CUSM	44,0%	CHUM	26,0%	VERDUN	66,1%
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	JUIF SIR MORTIMER B DAVIS	42,2%	CUSM	41,3%	JUIF SIR MORTIMER B DAVIS	18,1%
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	CUSM	40,4%	JUIF SIR MORTIMER B DAVIS	30,7%	JUIF SIR MORTIMER B DAVIS	24,6%
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	CUSM	24,1%	JUIF SIR MORTIMER B DAVIS	23,0%	SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	23,3%
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	CHUM	17,0%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	16,0%	FLEURY	51,3%
08 - Petite-Patrie / Villeray	CHUM	33,4%	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	20,0%	JEAN-TALON	33,6%
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	CHUM	56,0%	CUSM	17,0%	CHUM	18,8%
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	33,0%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	19,3%	SANTA CABRINI	23,5%
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	28,2%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	28,1%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	25,0%
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	33,3%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	27,7%	MAISONNEUVE-ROSEMONT	27,1%

Territoires de regroupements	Répartition du personnel dans les Centres de santé et de services sociaux						
	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Personnel d'encadrement	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	Personnel non visé par la Loi 30	Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Total
	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	270	73	642	34	465	291	1775
02 - LaSalle / Lachine	249	116	808	14	884	273	2344
03 - Verdun-Côte-Saint-Paul / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	490	186	910	26	1710	488	3810
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	80	31	195	3	196	207	712
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	193	89	325	16	437	296	1356
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	184	101	534	8	1048	220	2095
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	289	125	589	14	915	358	2290
08 - La Petite-Patrie / Villeray	253	75	538	12	409	284	1571
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	304	149	705	10	1411	378	2957
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	107	51	231	3	434	148	974
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	192	123	592	5	1155	304	2371
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	140	53	301	2	520	205	1221
Total	2751	1172	6370	147	9584	3452	23476

Territoires de regroupements	Ressources des regroupements proposés					
	Plateaux techniques de l'instance					
	Électro-physiologie	Laboratoires regroupés	Radiologie générale	Tomoden-sitométrie	Ultrasono-graphie	Résonance Magnétique
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis	1	1	1	1	1	0
02 - LaSalle / Lachine	1	1	1	1	1	0
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles	1	1	1	1	1	1
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest	1	1	1	1	1	0
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension	1	1	1	1	1	1
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île	1	1	1	1	1	1
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord	1	1	1	1	1	0
08 - Petite-Patrie / Villeray	1	1	1	1	1	0
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc	1	1	1	1	1	1
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel	0	0	0	0	0	0
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve	1	1	1	1	1	1
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles	1	0	1	0	0	0

Territoires de regroupements	Ressources des reroupements proposés			
	Plateaux techniques accessibles sur le territoire			Centre médical associé potentiel
	Plateaux des autres CHSGS	Cliniques privées de radiologie	Ultrasonographie en clinique privée	Nombre
01 - Pierrefonds / Lac-Saint-Louis		Centre médical Pierrefonds, Centre de radiologie West Island Inc.	1;1	2
02 - LaSalle / Lachine		Radiologie Médicentre Lasalle inc., Clinique radiologique de Lachine	1; 0	2
03 - Verdun / Saint-Henri / Pte-Saint-Charles		Clinique médicale de l'Ouest, Clinique radiologique de Verdun, Radiologie St-Henri	0;0;0	5
04 - René-Cassin / N.D.G-Montréal-Ouest		Centre d'imagerie Complexe santé Reine Elizabeth	1;	3
05 - Côte-des-Neiges / Métro / Parc-Extension		Imagerie Decelles inc., Radiologie Laennec inc., Radiologie Mediclub	1;1;1	6
06 - Saint-Laurent / Nord-de-l'île		Clinique radiologique St-Laurent., Physimed, Centre de radiologie Salaberry	1;0;0	3
07 - Ahuntsic / Montréal-Nord		Clinique médicale Perrier, Radiologie Fleury-Wilson, Clinique de radiologie Montréal-Nord, Radiologie Desy	0;0;0;0	4
08 - Petite-Patrie / Villeray		Clinique Colombus, Clinique radiologique S.P.R. inc., Radiologie Jean-Talon / Bélanger	0;1;1	5
09 - Faubourgs / Plateau-Mont-Royal / Saint-Louis-du-Parc		Radiologie Varad, Léger et associés, radiologistes, Clinique médicale Luso Ltée	1; 1;0	3
10 - Saint-Léonard / Saint-Michel		Centre de radiologie Viau	1;	1
11 - Olivier-Guimond / Rosemont / Hochelaga-Maisonneuve		Les services radiologiques Maisonneuve, Radiologie Domus Medica, Radiologie Morned, Services radiologiques Ville-Marie	1;1;0;0	4
12 - Rivière-des-Prairies / Mercier-Est-Anjou / Pointe-aux-Trembles		Centre de radiologie Ampère, Clinique de radiologie Rivière-des-Prairies, Centre de radiologie Hochelaga,	1;0;1	4

ANNEXE 6

Les balises régionales relatives à l'implantation du programme des services médicaux de 1re ligne, du programme des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, du programme de lutte contre le cancer et du programme des services aux jeunes en difficulté

1. Les services médicaux de première ligne

Définition

Le développement d'une première ligne forte doit nécessairement être un pôle majeur de l'organisation des futurs réseaux locaux. Les services généraux et médicaux de première ligne sont la porte d'entrée du système de santé. À cette fin, ils devront comprendre un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile ou dans un milieu réputé comme tel lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique. Ils ont les caractéristiques suivantes :

- l'accessibilité (24 heures/7 jours, délai raisonnable, à proximité des gens);
- la globalité (solutions à un vaste éventail de problèmes de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et palliative);
- la continuité (suivi régulier) et prise en charge de la clientèle par un médecin de famille;
- l'homogénéité (services comparables de même qualité durant les heures normales ou défavorables et en tout milieu).

Ils comprennent les activités suivantes :

- des soins médicaux courants dans les cabinets médicaux, cliniques médicales, unités de médecine familiale ou point de service des centres de santé et de services sociaux :
  - consultations médicales avec rendez-vous;
  - consultations médicales sans rendez-vous y compris aux heures défavorables;
  - consultations médicales à domicile.
- des programmes spécifiques harmonisés accessibles en centre de santé et de services sociaux :
  - santé mentale, lutte contre le cancer, perte d'autonomie due au vieillissement, etc.;
- l'accès à des services de soutien diagnostique et thérapeutique;
- la desserte médicale d'Urgences Santé et des salles d'urgence des centres hospitaliers et des centres de santé et de services sociaux;
- les services de santé publique;
- les services médicaux en milieu spécifique tel qu'en milieu carcéral;
- les activités médico-administratives;
- les activités d'enseignement;
- les activités de recherche clinique et d'évaluation de la qualité.

Principes organisationnels

Un réseau de services médicaux est constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes et d'établissements qui concourent au même but et qui sont en relation pour agir avec cohérence.

Ce réseau réunit tous les médecins omnipraticiens, membres du DRMG, offrant des services médicaux de 1re ligne, quels que soient leurs milieux de pratique : cliniques et cabinets hors établissement, centres de

santé et de services sociaux, GMF, UMF, CH, CHSLD privés conventionnés. Le réseau de soins généraux doit être articulé avec les réseaux de soins spécialisés des deuxième et troisième lignes.

Composantes essentielles

Afin de respecter ces principes et ainsi consolider concrètement une première ligne médicale disponible et efficiente, plusieurs conditions de succès doivent être réunies :

- un Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique à la hauteur des besoins de services de la population locale et de la clientèle migratrice provenant des autres régions du Québec, et notamment des banlieues immédiates;
- des moyens de communication efficaces et rapides, mais aussi respectueux de la confidentialité;
- une organisation médicale et paramédicale ouverte à différents modèles de regroupement mais toujours ciblée sur l'atteinte des objectifs de services à la population.

Organisation actuelle de l'offre de services

Les services médicaux de première ligne, tant au niveau de la prise en charge continue que de l'accessibilité sans rendez-vous, sont offerts tant par des cliniques et des cabinets privés, le plus souvent par des omnipraticiens, que par des CLSC. Six de ces milieux de pratique sont reconnus comme GMF. De surcroît, il y a 9 sites d'enseignement liés à des UMF.

L'accès à des services continus de prise en charge se retrouve principalement la semaine pendant les heures ouvrables. En dehors des heures, les plus grandes cliniques offrent des services limités, parfois bien coordonnés avec la prise en charge régulière. Cependant, il existe aussi un grand nombre de cliniques sans rendez-vous où le service offert est ponctuel et n'est pas articulé avec la prise en charge régulière.

De la même façon, l'accès aux plateaux techniques et à la consultation spécialisée, même urgente est limité, surtout en dehors des heures, sauf en ce qui concerne la radiographie simple. Les réseaux d'échange informatisé d'information clinique sont rares et locaux, et la majorité des communications se font par télécopie en cas d'urgence et surtout par courrier.

Actions proposées

Une série de gestes concrets misant sur la réalité actuelle et intégrant des projets novateurs permettront d'actualiser ce programme à court et à moyen termes :

- l'implantation de 24 GMF sur le territoire de l'Île de Montréal. En cohérence avec les balises nationales, l'implantation des GMF se poursuivra à Montréal en fonction du rythme d'adhésion des médecins. Actuellement, il y a six GMF, plus deux autres en voie d'accréditation et trois dont la demande est en préparation. Seulement deux des GMF en place touchent des médecins en clinique et cabinet.

a) Accroissement de l'accessibilité aux services de première ligne déjà offerts par le réseau public:
   - des services de prélèvement sans rendez-vous 7 jours/7 dans tous les centres de santé et de services sociaux;
   - l'accès aux points de service des centres de santé et de services sociaux 80 heures par semaine;
   - l'accès à Info Santé (incluant un service infosocial) 24 heures/jour selon la norme de traitement des appels à la hauteur de 90 % en moins de 4 minutes;
   - combler collectivement les besoins exprimés par les activités médicales particulières (AMP) nationales et régionales;
   - implanter les principes de la hiérarchisation des services médicaux.

b) créer sur chaque territoire au moins un centre médical associé (CMA), notamment pour :
- développer l'accessibilité et la prise en charge des clientèles vulnérables;
- créer un réseau médical interétablissements et hors établissement;
- améliorer l'accessibilité au plateau technique[14];
- améliorer l'accessibilité à la consultation en spécialité
- encadrer la complémentarité entre les centres de santé et de services sociaux et les médecins dans la communauté;
- tisser des liens entre les médecins pour y diriger les clientèles orphelines;
- développer des liens fonctionnels avec les professionnels œuvrant sur le territoire.
- garantir un programme d'informatisation du réseau sociosanitaire selon un calendrier défini et respectant les priorités des cliniciens dispensateurs de services;
- garantir une qualité optimale de services par la mise en place d'une plate-forme de formation médicale continue largement diffusée.

Centres médicaux associés

L'Agence et son Département régional de médecine générale (DRMG) proposent donc l'implantation de centres médicaux associés (CMA). Dès le démarrage des réseaux locaux de services, il est recommandé de désigner un CMA par réseau local de services, soit une douzaine au total, dès l'été 2004. À terme, on estime qu'il faudrait deux ou trois CMA par réseau local, ce qui représente un CMA pour 50 000 habitants environ.

Chaque CMA sera lié par contrat avec un centre de santé et de services sociaux et le DRMG de l'Agence. Il assurera à la population l'offre de services suivante :
- des services médicaux généraux de prise en charge;
- des services médicaux sans rendez-vous selon un horaire de 14 heures par jour, 7 jours par semaine;
- l'intégration des pratiques cliniques préventives (counselling, immunisation, dépistage et chimioprophylaxie) jugées les plus efficaces dans les activités courantes avec le soutien de la santé publique;
- des services infirmiers de liaison permettant en priorité :
  - d'accorder une accessibilité accrue à la prise en charge des clientèles vulnérables en perte d'autonomie ou sans médecin de famille;
  - de coordonner l'accès aux tests de laboratoire et d'imagerie médicale d'urgence;
  - de coordonner l'accès à la consultation en spécialité et de faciliter le retour du patient avec son plan de soins.
- l'inscription des clientèles vulnérables au sens de l'entente MSSS-FMOQ en vue d'une prise en charge au sein du réseau des points de services médicaux partenaires du CMA;
- des soins infirmiers;
- un service de garde en disponibilité pour la clientèle du CMA inscrite dans un programme de soutien à domicile;
- une coordination des activités avec celles du programme de soutien à domicile du centre de santé et de services sociaux avec qui il est associé.

En contrepartie, le centre de santé et de services sociaux :
- contribuera au financement des coûts non-récurrents de démarrage, des coûts récurrents de fonctionnement et des coûts d'informatisation de la liaison électronique du CMA;

---

[14] Les normes aux délais d'accessibilité attendus sont : moins de 24 heures pour les situations urgentes, 1 à 5 jours pour les situations semi-urgentes, 1 à 4 semaines pour les situations électives

- assurera au CMA des corridors de services avec des plages horaires réservées pour les analyses de laboratoire urgentes et les examens urgents d'imagerie, notamment les échographies et les scans;
- assurera un accès privilégié aux services actuellement offerts par les CLSC qui seront intégrés au sein du centre de santé et de services sociaux;
- assurera une participation du responsable du CMA à son conseil d'administration.

Le DRMG de l'Agence, quant à lui, s'assurera d'harmoniser les pratiques médicales, la gestion des plans d'effectifs médicaux et la gestion des ententes relatives aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et aux activités médicales particulières (AMP) en créant des liens fonctionnels entre le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre de santé et de services sociaux, le coordonnateur de secteur du DRMG et le médecin responsable du CMA.

Pour accomplir sa mission, le CMA développera des relations de collaboration avec des sites satellites (cliniques ou cabinets).

2. Les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Les balises proposées à la suite s'inscrivent en cohérence avec les orientations ministérielles de 2001[15] et avec le Plan stratégique de l'Agence 2003-2006[16]

Principes

La responsabilité populationnelle
En toute équité, cette responsabilité populationnelle implique que l'on vise à ce que chacun des réseaux locaux de services dispose pour son territoire d'un bassin adéquat et suffisant de ressources comparables afin de répondre aux besoins de leurs populations respectives.

La hiérarchisation des services
« *Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Ces mécanismes seront bidirectionnels…* »[17]. Ce dernier principe prendra tout son sens lorsque viendra le temps au centre de santé et de services sociaux et à ses partenaires de conclure des ententes.

Le défi de l'intégration

La création des centres de santé et de services sociaux et de leurs réseaux locaux vise à mieux intégrer les services à la population.

Ce nouveau modèle d'organisation doit être basé sur un système de première ligne solide et bien développé avec des assises communautaires et une approche, principalement clinique, qui répond aux caractéristiques des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et surtout aux plus vulnérables. Il doit être supporté par des modes de gestion et de financement qui facilitent la réalisation des objectifs cliniques et qui assurent une continuité coordonnée de la prestation des services.

---

[15] *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* . MSSS. 2001.
[16] *La santé en action. Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être,* RRSSSMC, 2003-2006.
[17] op.cit. page 3

Clientèle visée

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
Compte tenu de l'approche affirmée du MSSS de budgétiser par programme[18], il importe de bien définir la clientèle visée qui devra être desservie par les ressources financières disponibles pour le programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Comme il est important de maximiser l'utilisation des budgets disponibles pour chaque clientèle, l'effort de définition de la clientèle cible, ici, ne vient pas nier que toute personne de moins de 65 ans en perte d'autonomie doive conserver un accès aux services du centre de santé et de services sociaux et de son réseau local avec les budgets qu'il recevra à cet effet, mais vise plutôt à préciser la clientèle dont les services devront être financés par le programme personne en perte d'autonomie liée au vieillissement.

La proposition est donc que la clientèle cible de ce réseau de services soit constituée de personnes âgées de 65 ans et plus, qui présentent des incapacités au plan moteur, cognitif, sensoriel ou psychique. C'est une clientèle qui peut aussi présenter plusieurs pathologies concomitantes et des problématiques d'ordre psychosocial diverses (deuil récent, isolement, problèmes économiques, etc.) qui sont autant de facteurs de fragilité.

En plus, il est proposé, pour uniformiser notre compréhension, de considérer comme clientèle cible à ce programme les personnes de moins de 65 ans qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence.

Parmi ces personnes plusieurs présenteront des caractéristiques de vulnérabilité qui en feront des clientèles prioritaires dont la majorité auront 75 ans et plus.

Pour le volet promotion-prévention, le réseau de services intégrés en perte d'autonomie liée au vieillissement concernera toute la population âgée de 65 ans et plus en perte ou non d'autonomie.

Les proches-aidants
La clientèle cible inclut aussi les proches-aidants des clientèles.

Pour les aînés les plus vulnérables en perte d'autonomie, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté. Selon les études actuellement disponibles, environ 80 % de l'aide et des soins à domicile sont fournies par des proches-aidants.

Si on veut vraiment parler des proches-aidants des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement comme faisant partie de la clientèle cible, il faut que les gestionnaires et les intervenants de première ligne des centres de santé et de services sociaux soient de plus en plus sensibilisés à évaluer leurs besoins propres et que les centres de santé et de services sociaux développent une vision globale de soutien aux proches-aidants qui inclue non seulement le répit (à domicile, en centre de jour et en hébergement temporaire), mais aussi la formation de groupes de soutien et d'entraide, l'accès à du counselling individuel si nécessaire.

Balises régionales préliminaires

Dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de continuité, le centre de santé et de services sociaux assure la cohésion des activités des dispensateurs de services. Aussi, il soutient l'exercice de leur responsabilité collective à l'égard des besoins de soins et services des personnes en perte d'autonomie liée

[18] Liste des programmes du MSSS : santé publique, services généraux et médicaux de première ligne, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté (0-17 ans), dépendances, santé mentale, santé physique

au vieillissement. Le centre de santé et de services sociaux voit au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie de cette clientèle, quel que soit son milieu de vie (domicile, résidence, ressource intermédiaire ou institution) et son niveau d'autonomie.

Le centre de santé et de services sociaux exerce son leadership dans la réorganisation de ses services, en lien avec ses partenaires. Il établit les mécanismes d'articulation, de référence et rédige les ententes contractuelles pertinentes et significatives pour l'organisation et l'accessibilité des services sur son territoire.

Chaque centre de santé et de services sociaux met en place les composantes essentielles suivantes :

Guichet unique
Un Guichet unique par centre de santé et de services sociaux, accessible 7 jours par semaine de 8h00 à 22h00, dont les fonctions seront, pour le programme des personnes en perte d'autonomie, le traitement de toutes les demandes d'information, l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la référence, l'accès au service de gestion de cas, la coordination des activités de dépistage.

Chaque centre de santé et de services sociaux déterminera les modalités de mise en place et de fonctionnement d'un tel Guichet unique en tenant compte de ses ressources et de ses autres responsabilités clientèles.

De plus, puisque le centre de santé et de services sociaux sera responsable de répondre aux besoins d'hébergement de leur clientèle, le Guichet unique devra éventuellement assurer localement les activités d'accueil, d'analyse, d'orientation et de suivi de toutes les demandes d'hébergement de longue durée ou temporaire en milieu institutionnel ou non institutionnel (ressources intermédiaires, résidences d'accueil).

Toutefois, une telle orientation n'est pas sans avoir un impact sur l'évolution du système régional d'admission actuel. Cet impact est déjà décrit au chapitre 5 du présent document. C'est pourquoi il est de mise d'être prudent, à cet égard, d'ici à ce que des analyses plus poussées soient réalisées et que les conditions de réalisation soient rencontrées.

Le système régional d'admission actuel devra continuer ses activités tout en adaptant son fonctionnement à la nouvelle réalité des 12 territoires de centre de santé et de services sociaux. Une période minimale de deux ans est envisagée. Un plan et des modalités de transition devront être définis pour passer d'un modèle à un autre.

Gestionnaire de cas
Chaque centre de santé et de services sociaux devra mobiliser, recruter et s'assurer de la formation d'un bassin de gestionnaires de cas, relié au Guichet unique qui en assure l'accès lorsque requis.

Ces gestionnaires de cas seront appelés à desservir la partie la plus fragilisée de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement qui:

- vit encore dans la communauté;
- présente un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité, avec une autonomie fonctionnelle évaluée de modérée à sévère aux plans physique, psychique ou social;
- nécessite un soutien significatif en terme d'accompagnement et d'aide ainsi qu'une coordination systématisée et soutenue de l'ensemble des services requis.

Les interventions et services seront généralement de longue durée et le niveau de services requis est élevé, diversifié et intensif.

Les gestionnaires de cas devront s'impliquer activement et directement dans la prestation de services comme professionnels de la santé et des services sociaux. Ils seront dédiés exclusivement à la gestion de cas, cliniquement associés à une équipe multidisciplinaire de base représentant les programmes de services diversifiés du centre de santé et de services sociaux, et formés spécifiquement en géronto/gériatrie et en gestion de cas.

Leurs rôles sont :

- d'évaluer les besoins;
- de planifier et coordonner l'ensemble des interventions facilitant l'accès aux différents services requis par les personnes âgées et leurs proches, que ces services soient dispensés par le réseau public, communautaire, privé ou médical;
- d'élaborer ou de s'assurer de l'élaboration du plan de service individualisé (PSI);
- d'accompagner la personne âgée et ses proches tout au cours de la réalisation du plan de services individualisé (PSI);
- de voir à ce que les besoins de la personne âgée et ses proches soient répondus de façon adéquate au plan clinique, efficiente au plan organisationnel, satisfaisante pour la personne et ses proches.

Les centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires des réseaux locaux devront reconnaître formellement et respecter les rôles du gestionnaire de cas et l'investir de l'autorité clinique et des outils nécessaires à faire son travail.

Le «*caseload*» des gestionnaires de cas variera selon l'intensité des services requise par chaque cas. Une évaluation plus documentée[19] devra permettre d'établir des balises plus précises à cet égard ainsi que les coûts.

Les outils

- l'application de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC);
- l'application d'un système uniforme d'orientation par classification des besoins ou par profil de clientèle;
- les plans de services individualisés obligatoires pour la clientèle en perte d'autonomie vulnérable suivie en gestion de cas;
- l'utilisation d'outils cliniques adaptés tels les protocoles de soins ou autres suivis systématiques;
- l'utilisation d'outils communs informatisés de communication comme la demande de services interétablissements (DSIE).

La garde infirmière et médicale associées

Maintien de ce service pour la clientèle vulnérable inscrite au Soutien à domicile:

- accès 24 heures par jour et sept jours semaine;
- ligne dédiée répondue par une infirmière
- visites d'infirmières à domicile
- consultations médicales

Services médicaux

À cet égard, la conclusion d'ententes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement puissent avoir accès aux médecins omnipraticiens du territoire est incontournable.

---

[19] Par exemple, l'évaluation du nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin d'un gestionnaire de cas.

La voie privilégiée est que les centres de santé et de services sociaux conviennent d'ententes avec les Centres médicaux associées (CMA) dont on aura trouvé la définition et la description des fonctions plus avant dans ce document.

Une entente de ce genre, entre un CMA et un centre de santé et de services sociaux, préciserait les responsabilités des uns et des autres. On y retrouverait également les modalités d'accès aux services de chacun pour leurs clientèles respectives ou communes en perte d'autonomie liées au vieillissement.

Services spécialisés de gériatrie, géronto-psychiatrie, de psychogériatrie et de réadaptation.
Il est tout aussi essentiel que chaque centre de santé et de services sociaux conclue des ententes bidirectionnelles avec ses partenaires de services spécialisés en gériatrie, géronto-psychiatrie, psychogériatrie et réadaptation.

Organismes communautaires.
La contribution des organismes communautaires au bien-être des personnes âgées n'est plus à démontrer. Les centres de santé et de services sociaux devront développer avec eux des liens de collaboration.

Gamme complète de services
Le centre de santé et de services sociaux s'assure de donner accès à une gamme la plus complète possible de services de première, deuxième et troisième ligne sur son territoire pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, via ses propres ressources et programmes de services ou via ses ententes avec ses partenaires.

Conditions facilitantes de réalisation

L'actualisation du proposé dans le cadre de ces balises ne peut pas se réaliser qu'avec des changements de structures.

Des ressources importantes et nécessaires doivent être rendues disponibles, notamment au chapitre du financement des gestionnaires de cas, du développement des services de soutien à domicile, de la création de ressources intermédiaires et du rehaussement des lits institutionnels pour faire face à l'alourdissement des clientèles.

Des stratégies de concertation et d'implantation sur chaque territoire de centre de santé et de services sociaux devront être élaborées avec la collaboration de l'Agence et des réseaux locaux afin d'adapter les orientations à la réalité des territoires et de la région. Les partenaires impliqués dans l'enseignement et la recherche touchant à la problématique de la perte d'autonomie liée au vieillissement devront également être mis à contribution pour améliorer les modèles de pratiques.

Également en collaboration, des échéanciers réalistes qui tiennent compte des nombreux changements dans l'environnement de la santé et des services sociaux devront être établis.

3. Le Programme de lutte contre le cancer

Au moment de créer les réseaux locaux de services à Montréal, l'Agence doit également élaborer, à la demande du Ministère et en collaboration avec ses partenaires, un programme régional de lutte contre le cancer dans une perspective de hiérarchisation des soins. Il est important d'arrimer les deux démarches de façon à définir de façon cohérente les responsabilités des réseaux locaux en matière de lutte contre le cancer de même que les territoires et les corridors de services dans ce domaine.

Principes directeurs

Les balises régionales du Programme de lutte contre le cancer s'appuient sur des principes directeurs permettant d'améliorer les services pour la clientèle d'oncologie.

Accessibilité aux services
La clientèle accède à la gamme complète des services de première, de deuxième et de troisième lignes en oncologie par le biais d'une approche commune de ces services. Les services sont dispensés à proximité du lieu de résidence de la clientèle.

Réduction des délais d'attente
Le processus de soins et de services incluant l'investigation, la chirurgie, la chimiothérapie et la radio-oncologie se réalise dans un délai optimal afin d'assurer un meilleur pronostic et de diminuer le niveau d'anxiété chez la personne atteinte et ses proches.

Continuité des services
La continuité des services est assurée à toutes les étapes de la maladie par la mise en place de mécanismes de liaison entre les organisations et entre les professionnels, tant au niveau local que régional.

Organisation optimale des services
L'organisation des services tient compte du principe de hiérarchisation de façon à garantir l'utilisation rationnelle des ressources et de rendre imputables les instances locales, régionales et suprarégionales.

Satisfaction accrue de la clientèle
La satisfaction accrue de la clientèle à l'égard de la prestation des services est un résultat attendu de la mise en place du Programme de lutte contre le cancer.

Balises préliminaires du programme

Hiérarchisation des services
Le centre de santé et de services locaux offre les services généraux et spécialisés principalement pour quatre sièges tumoraux : sein, prostate, colorectal et poumon. Ces services, tels que définis par le programme de lutte au cancer du Ministère[20], sont pour la 1re ligne (information sur le cancer, mammographies de dépistage, certaines chimiothérapie, etc.) et la 2e ligne (endoscopie, biopsie, tumorectomie, chimiothérapie complexe, etc.) en oncologie. Une consultation en cours viendra préciser les services par niveau de soins. Les cas qui nécessitent des services surspécialisés sont d'emblée dirigés vers les centres régionaux et suprarégionaux désignés.

Services homogènes en oncologie de première ligne sur l'ensemble du territoire montréalais; accessibilité uniforme aux services
Tous les centres de santé et de services sociaux offrent un panier identique de services de première ligne en oncologie. Les paramètres minimums de ce panier, incluant entre autres les services psychosociaux, les services à domicile et les soins palliatifs, font aussi l'objet d'une consultation. Ils assurent à leur population un niveau d'accès comparable sur l'ensemble du territoire montréalais.

Continuum de services en oncologie
En référence à la hiérarchisation des services, le centre de santé et de services sociaux s'assure que la clientèle est prise en charge pour tout le continuum de services en oncologie : prévention, dépistage, investigation, traitement, soins palliatifs, de manière à répondre adéquatement à ses besoins.

---

[20] *Programme québécois de lutte contre le cancer*, MSSS, 1998.

Mécanismes de liaison entre les partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux
Le centre de santé et de services sociaux formalise les mécanismes de liaison internes et externes sous forme d'ententes ou de protocoles avec des partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux. Le tout, basé sur la complémentarité des services, tient compte des corridors naturels de services, des habitudes de consommation de la clientèle ainsi que de l'expertise disponible en matière de cancer.

De plus, le centre de santé et de services sociaux identifie les mécanismes internes de liaison, tels que : responsable médical et administratif en oncologie, équipe interdisciplinaire et intervenant pivot.

Présence d'équipe interdisciplinaire en oncologie
Le centre de santé et de services sociaux se dote d'une équipe interdisciplinaire ayant pour mandat d'assurer l'application du Programme de lutte contre le cancer. L'équipe répond aux besoins de la clientèle et apporte aux divers intervenants une expertise en oncologie nécessaire dans leur pratique courante. En priorité, elle s'occupe des quatre sites tumoraux les plus fréquents : sein, prostate, colorectal et poumon. Différentes catégories d'intervenants dédiés à l'oncologie forment l'équipe : médecin, infirmière, pharmacien, intervenant psychosocial, travailleur social, bénévole. Ils proviennent des différentes composantes du centre de santé et de services sociaux (CH, CLSC, CHSLD), des organismes communautaires et des organismes de soutien.

Accès à l'investigation et au traitement
Le centre de santé et de services sociaux rend accessibles les services d'investigation et de traitement dans des délais cliniquement acceptables, de manière à optimiser le processus des services. Ainsi, il offre à la personne les meilleures conditions pour vaincre la maladie.

Soutien à la personne atteinte de cancer et à ses proches
Le centre de santé et de services sociaux fournit un soutien à la personne atteinte de cancer et à ses proches. Entre autres, elle les dirige vers un intervenant pivot qui leur servira de personne de référence pendant tout le continuum de soins et de services et leur facilitera l'obtention des services requis. Le centre de santé et de services sociaux leur offre également un soutien psychosocial dès l'annonce du diagnostic du cancer et au cours des différentes étapes de la maladie.

Mécanismes d'assurance de la qualité
Le centre de santé et de services sociaux met en place des mécanismes d'assurance de la qualité en vue d'offrir de hauts standards de qualité dans les pratiques courantes de soins et de services, tels que :

- comité de thérapie des tumeurs;
- surveillance des indicateurs de qualité;
- entretien préventif des équipements;
- sondage auprès de la clientèle.

Constitution d'un fichier des tumeurs / registre des personnes atteintes de cancer
Le centre de santé et de services sociaux procède à la saisie des données relatives au cancer à l'intérieur des six mois suivant l'identification du diagnostic de cancer afin de constituer un fichier des tumeurs valide pour fins d'analyse.

Système d'information sur la production des services en oncologie
Le centre de santé et de services sociaux dispose de systèmes d'information produisant des données de qualité, en temps opportun, relatives à la production de services en oncologie. Ainsi, il sera possible de suivre l'évolution des services et l'utilisation des ressources, en plus de supporter la prise de décision afin de répondre aux besoins de la population.

4. Les services aux jeunes en difficulté (0-17 ans)

Le Ministère regroupe sous ce programme les services destinés aux jeunes, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des troubles de développement ou de comportement, des problèmes d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.) ainsi qu'à ceux qui ont besoin d'être protégés pour assurer leur sécurité et leur développement. Des services sont également prévus pour leur famille. Ce programme comprend, notamment, des services spécialisés comme l'adoption, le placement, etc.[21] Il rejoint, par le biais de leurs services spécifiques, les clientèles présentant des problèmes psychosociaux qui sont actuellement principalement desservies par les centres jeunesse et les centres locaux de services communautaires.

Principes directeurs

- accessibilité pour les jeunes en difficulté et leurs parents à des services de base (première ligne) et des services spécialisés (deuxième ligne) en matière de santé et services sociaux comparables dans tous les territoires des instances locales (panier commun de services);
- continuité des services;
- dispensation de services à proximité des individus (accès géographique);
- organisation optimale des services basée sur la complémentarité et la hiérarchisation des services de 1re, 2e et 3e lignes;
- respect des responsabilités dévolues en vertu de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (LSSSS), la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) et la *Loi concernant le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA);
- arrimage avec le Programme régional de santé publique et les plans locaux qui en découlent (*Loi de la santé publique*);
- consolidation des partenariats communautaires et intersectoriels et ouverture à des formes novatrices de collaboration;
- adaptation des services aux réalités culturelles et linguistiques;
- satisfaction de la clientèle.

Balises régionales préliminaires

Une gamme de services disponibles sur chacun des territoires locaux

- Les acquis faits par le réseau pour offrir des services mieux intégrés aux jeunes en difficulté et à leur famille sont maintenus; ils constituent les bases sur lesquelles il faut maintenant miser pour consolider et améliorer les efforts de chacun et ce, en fonction des nouveaux paramètres ministériels tels :
- une nouvelle définition des programmes et des services;
- les mesures prévues à la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille.
- Les centres de santé et de services sociaux locaux mettent en place des mécanismes d'accès aux services de première ligne qui sont simples et connus de la population tels les guichets Enfance-Famille-Jeunesse pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les 0-17 ans et leur famille. Les modalités d'accès en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi concernant le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) demeurent les mêmes;
- Les centres de santé et de services sociaux offrent, sur leur territoire, des services multidisciplinaires de première ligne en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment des

---

[21] *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, MSSS , p.17, 21 octobre 2003.;
Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services, MSSS, Direction de la santé physique, Direction des services à la population, p.9, 2004.

services en périnatalité, en milieu scolaire et en éducation familiale et sociale pour répondre aux besoins des enfants et des familles présentant des problèmes psychosociaux;

- Les jeunes en difficulté et leur famille ont accès à des services spécialisés qui sont dispensés le plus près possible de leur milieu de vie et ce, en complémentarité avec ceux de première ligne;
- Les organismes communautaires sont invités à poursuivre leurs activités en partenariat avec les réseaux locaux de services;
- Les services offerts sont adaptés aux réalités des communautés ethnoculturelles, de façon à répondre efficacement aux besoins des enfants et de leur famille.

Un défi d'intégration

- Les plans locaux de santé publique s'inscrivent en continuité et complémentarité avec les services du programme « Jeunes en difficulté », notamment en ce qui concerne les mesures du plan régional de santé publique visant le soutien des familles et l'amélioration des conditions de vie des tout-petits ainsi que le soutien au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des jeunes;
- Les centres de santé et de services sociaux et les autres établissements s'assurent de l'actualisation des ententes déjà en place. Guide de collaboration CLSC- Centres jeunesse, Mécanismes d'articulation entre les CHA, les CLSC et les médecins traitants, du projet pilote autour de l'équipe intervention jeunesse. Aussi, ils révisent, consolident ou développent des ententes afin de permettre l'accès, la continuité et la complémentarité des services offerts dans le cadre des programmes suivants : santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, santé physique et dépendances;
- Des collaborations avec les organismes communautaires et les divers partenaires issus d'autres secteurs (commissions scolaires, Ville de Montréal, Service de police de Montréal, réseau des CPE, etc.) se poursuivent et s'intensifient et ce, dans le respect des rôles et de l'autonomie de chacun. Il faut, entre autres, réactualiser les ententes existantes[22] en fonction de la création des centres de santé et de services sociaux.

L'amélioration de la qualité des services

- Les centres de santé et de services sociaux et les centres jeunesse systématisent et harmonisent l'utilisation des plans d'intervention (PI) et des plans de services individualisés (PSI) prévus à la Loi sur la santé et les services sociaux.
- Les centres de santé et de services sociaux et les centres jeunesse encouragent la participation de leurs intervenants et gestionnaires, notamment au Programme national de formation (PNF).

L'utilisation de la main d'œuvre

Considérant le contexte régional de disponibilité de main-d'œuvre, surtout chez les professionnels, les établissements devront saisir toutes les occasions de réorganisation du travail qui permettent la rationalisation, l'automatisation ou la délégation d'activités notamment celles à caractère non professionnel.

Les modalités d'évaluation et de reddition de compte

Ces modalités s'appuieront sur le respect des ententes de gestion ainsi que sur les données fournies par les systèmes d'information clientèle.

---

[22] *Cadre de collaborations entre le Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et le Centre jeunesse de Montréal*, Le Regroupement des CLSC de Montréal
Deux réseaux, un objectif : Le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.
Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

NORMES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX

Politique de gestion

Norme 1 L'organisme a une politique écrite en matière de promotion de la santé. La politique est mise en œuvre dans le contexte du système global de l'organisme pour l'amélioration de la qualité, qui a pour but d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé. Cette politique vise les usagers, leurs proches, ainsi que le personnel.

Objectif :
Décrire le cadre des activités de l'organisme en ce qui concerne la promotion de la santé en tant que partie intégrale du système de gestion de la qualité de l'organisme.

Mesures :

1.1 L'organisme identifie les responsabilités dans le processus de mise en œuvre, d'évaluation et de révision régulière de la politique.
1.2 L'organisme attribue des ressources aux processus de mise en œuvre, d'évaluation et de révision régulière de la politique.
1.3 Le personnel est informé sur la politique de promotion de la santé et celle-ci fait partie des programmes d'initiation des nouveaux employés.
1.4 L'organisme assure la disponibilité des procédures pour la collecte et l'évaluation de données en vue de surveiller la qualité des activités de promotion de la santé.
1.5 L'organisme s'assure que le personnel possède les compétences requises pour effectuer les activités de promotion de la santé et appuie l'acquisition de nouvelles compétences au besoin.
1.6 L'organisme assure la disponibilité de l'infrastructure nécessaire, y compris les ressources, l'aménagement, l'équipement, etc., pour la mise en œuvre des activités de promotion de la santé.

Évaluation des usagers

Norme 2 L'organisme s'assure que les professionnels de la santé, en partenariat avec les usagers, évaluent de façon systématique les besoins en matière de promotion de la santé.

Objectif :
Appuyer les soins aux usagers, améliorer le pronostic et promouvoir la santé et le bien être des usagers.

Mesures :

2.1 L'organisme assure la disponibilité de procédures permettant à tous les usagers d'évaluer leurs besoins en matière de promotion de la santé.
2.2 L'organisme assure l'existence de processus d'évaluation des besoins spécifiques en matière de promotion de la santé pour les usagers faisant partie d'un groupe associé à un diagnostique.
2.3 Les besoins de l'usager en en matière de promotion de la santé sont évalués dès le premier contact avec l'hôpital. Cette évaluation est révisée et ajustée au besoin, selon les changements dans la condition clinique de l'usager ou à la demande de l'usager.
2.4 L'évaluation des besoins de l'usager permet d'assurer une prise de conscience et une sensibilisation aux antécédents sociaux et culturels.
2.5 L'information fournie par d'autres services de santé partenaires est mise à contribution pour identifier les besoins des usagers.

Intervention et information aux usagers

Norme 3 ***L'organisme fournit aux usagers des informations sur les facteurs clés reliés à leur maladie ou état de santé. Des interventions de promotion de la santé sont aussi mises sur pied le long du parcours de l'usager.***

Objectifs :
S'assurer que l'usager soit informé des activités planifiées, habiliter l'usager en lui offrant un partenariat actif dans la planification des activités, et faciliter l'intégration des activités de promotion de la santé le long de son parcours.

Mesures :
3.1 À partir de l'évaluation des besoins en matière de promotion de la santé, l'usager est informé des facteurs ayant un impact sur sa santé, et un plan d'activités pertinentes pour la promotion de la santé est convenu en partenariat avec l'usager.
3.2 Les usagers reçoivent une information claire, compréhensible et appropriée au sujet de leur condition, de leur traitement, de leurs soins et des facteurs qui ont un impact sur leur état de santé.
3.3 L'organisme s'assure que les services de promotion de la santé sont offerts de façon systématique à tous les usagers, selon les besoins évalués.
3.4 L'organisme s'assure que l'information fournie aux usagers, ainsi que les activités de promotion de la santé, soient documentées et évaluées, y compris à savoir si les résultats escomptés ou envisagés ont été atteints.
3.5 L'organisme s'assure que tous les usagers, le personnel et les visiteurs aient accès à des informations générales sur les facteurs qui ont un impact sur la santé.

Favoriser un milieu de travail sain

Norme 4 **La direction établit les conditions pour le développement de l'hôpital comme milieu de travail sain.**

Objectif :
Appuyer la mise en place d'un lieu de travail sain et sécuritaire, et soutenir les activités visant la promotion de la santé pour le personnel.

Mesures :
4.1 L'organisme assure la mise en place et l'exécution d'une Stratégie intégrée en matière de ressources humaines, qui inclut le perfectionnement et la formation du personnel vis-à-vis les techniques de promotion de la santé.
4.2 L'organisme assure la mise en place et l'exécution d'une politique pour un milieu de travail sain et sécuritaire, propice à la santé au travail du personnel.
4.3 L'organisme assure l'implication du personnel aux décisions pouvant affecter leur environnement de travail.
4.4 L'organisme assure la disponibilité de procédures visant à développer et à maintenir la sensibilisation du personnel aux questions relatives à la santé.

Continuité et coopération

Norme 5. ***L'organisme évolue, de façon continue, dans une approche planifiée de collaboration avec d'autres niveaux de services de santé et d'autres établissements et secteurs.***

Objectif:
Assurer la collaboration avec les intervenants appropriés et initier un partenariat afin d'optimiser l'intégration d'activités pour la promotion de la santé le long du parcours de l'usager.

Mesures :

5.1 L'organisme assure la cohérence des services de promotion de la santé avec les dispositions actuelles et les plans de santé.

5.2 L'organisme identifie et coopère avec les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'avec les organismes et les groupes communautaires connexes.

5.3 L'organisme assure la disponibilité et la mise en place d'activités et de procédures après le congé de l'usager, pendant la période suivant l'hospitalisation.

5.4 L'organisme s'assure que la documentation et l'information concernant l'usager soit communiquée aux destinataires/partenaires appropriés dans le suivi des soins et de la réadaptation des usagers.

Références

1 *Matching Services to needs*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/RC50/10)

2 WHO Regional Office for Europe. *Health Promoting Hospitals* (http://www.euro.who.int/healthpromohosp) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002. (accédé le 4 mars 2004).

3 *Vienna Recommendations for Health Promoting Hospitals* (http://www.euro.who.int/document//IHB/hphviennarecom.pdf) (accédé le 4 mars 2004)

4 *Ottawa Charter for Health Promotion* (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf") Ottawa, WHO, 1986 (accédé le 4 mars 2004)

5 WHO Standards Working Group. *Development of Standards for disease prevention and health promotion*. WHO Meeting on standards for disease prevention and health promotion, Bratislava, 14 May 2002.

6 The International Society for Quality in Health Care. Alpha and accreditation (http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html). Victoria, ISQua, 2003 (accédé le 4 mars 2004).

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS (CHSLD)

Établissement (installations)	Entente(s) en cours	Avec
C.A. Denis-Benjamin Viger		
C.A. des Foyers Presbytériens de St-Andrew, Father Dowd, St-Margaret	1. Laboratoire (F-Dowd)	Hôpital St-Mary's
	2. Chaise roulante (F-Dowd)	C.R. Constance-Lethbridge
	3. Transfert des résidents en cas d'urgence (St-Andrew, St-Margaret)	Int. Réadaptation Mtl, Lindsay
	4. Commissaire local à la qualité des services (F-Dowd)	CLSC Métro
	5. Laboratoire (St-Andrew)	Hôpital St-Mary's
	6. Chaise roulante (St-Andrew)	C.R. Constance-Lethbridge
	7. Transfert des résidents en cas d'urgence (F-Dowd, St-Margaret)	C.H. Catherine Booth
	8. Commissaire local à la qualité des services (St-Andrew)	CLSC Métro
	9. Laboratoire (St-Margaret)	Hôpital St-Mary's
	10. Chaise roulante (St-Margaret)	C.R. Constance-Lethbridge
	11. Transfert des résidents en cas d'urgence (St-Margaret, St-Andrew)	Ass. montréalaise pr les aveugles
	12. Commissaire local à la qualité des services (St-Margaret)	CLSC Métro
C.A. LaSalle	***Voir liste CLSC***	
C.A. Louis-Riel, Yvon-Brunet, Réal-Morel	1. Implantation d'une unité spécifique de type II	CH Douglas, Régie régionale de Mtl-Centre
	2. Stérilisation d'équipements ou fournitures pour les 3 résidences	CH Verdun
Centre de soins prolongés Grace Dart	1. Fourniture de services techniques relatifs aux attelles et aux prothèses	Inst. Réadaptation Mtl
	2. Entretien des équipements spécialisés	Hôpital Sacré-Coeur
	3. Laboratoires	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
C.H. Lachine	1. Thérapie intraveineuse à domicile - virage ambulatoire	CLSC du Vieux LaChine
	2. Thérapie intraveineuse à domicile	CLSC du Vieux LaChine
	3. Suivi inusffisance respiratoire chronique	CLSC du Vieux LaChine
	4. Anticoagulothérapie ambulatoire avec héparine faible poids moléculaire	CLSC du Vieux LaChine
	5. Guichet unique	CLSC du Vieux LaChine
C.H. gériatrique Maimonides	1. Entente	Hôp. Général Juif (SMBD)
	2. Ventes de service: thérapeute en réadaptation physique et infirmière dinicienne	Les résidences pour les aînés Griffith McConnel
	3. Informatique	Centre Mackay
	4. Buanderie	B.C.M. inc.

	5. Contrats scolaires	Académie Brunet, CEGEP Chicoutimi, J-Abbott, Marie-Victorin, Champlain Regional, Commission solaire Marguerite-Bourgeoys, Lester B. Pearson, de Montréal, Université Concordia, McGill, Ottawa, Montréal, Toronto, York, Collèque Dawson, Ordre des pharmaciens du Qc, Pearson Adult & Career Centre
C.H. Jacques-Viger	1. Services de laboratoires (achat)	Hôpital St-Mary's
	2. Laboratoire, radiologie (vente de services)	Groupe Roy Santé inc. (St-Georges)
	3. Clinique de mobilité (fauteuils roulants)	C.R. Lucie-Bruneau
	4. Services alimentaires (vente de services)	Centre Dollard-Cormier
C.H. Mont Sinaï	1. Unidosage médicaments	Hôp. Rivière-des-Prairies
	2. Services de laboratoire	Hôp. St-Mary
	3. Production et la livraison de repas casher	Manoir de l'Age d'or
	4. Admission de patients dans les cas d'urgence ou de désastre	Hôp. Général Juif
	5. Ensemble d'ententes non-formelles - soins palliatifs à domicile	Hôpitaux référents au département des soins respiratoires et les CLSC, VON
CHSLD Biermans-Triest	1. Aides techniques à la mobilité	C.R. Constance-Lethbridge
	2. Psychiatrie	L-H. Lafontaine
	3. Stérilisation des équipements	Maisonneuve-Rosemont
	4. Entretien et réparations des orthèses-prothèses	Inst. Réadaptation Mtl
CHSLD Centre-Ville de Montréal	1. Production et livraison de repas casher pour 40 résidents provenant de la communauté juive	CH Mont-Sinaï
	2. Réparation de fauteuils roulants et l'adaptation d'équipements de positionnement pour fauteuils	Inst. Réadaptation Mtl
	3. Services diagnostics et analyses sanguines	CHUM (St-Luc et Hôtel-Dieu)
	4. Entretien d'équipements spécialisés (ex.: équip. En réadaptation et physiothérapie; électrocardiogramme)	Hôp. Sacré-Coeur
CHSLD Champlain - Manoir de Verdun	1. Corridor de services pour la réadaptation physique	Hôp. Verdun
	2. Certains services	CLSC Verdun/Côte St-Paul
CHSLD Émilie-Gamelin Armand Lavergne	1. Services infirmiers ambulatoires les fins de semaine	CLSC Plateau Mont-Royal
	2. Services psychiatre en gériatrie (É-Gamelin)	L-H. Lafontaine
	3. Clientèle, ress. Humaines, matérielles et financières + suivi implantation du prog. Unité spécifique (É-Gamelin)	L-H. Lafontaine, Ste-Justine, Agence
CHSLD Juif de Montréal	s.o.	s.o.
CHSLD Les Havres		
CHSLD Lucille-Teasdale	Services professionnels d'un médecin spécialiste en psychiatrie	L-H. Lafontaine
CHSLD Saint-Michel	***Voir liste CLSC***	
CHSLD-CLSC Nord de l'Île	***Voir liste CLSC***	
CHSLD-CLSC Saint-Laurent	s.o.	s.o.
CLSC Montréal-Nord	***Voir liste CLSC***	
CLSC-CHSLD de Rosemont	1, Services pré et post-hospitaliers	Les CLSC de l'Est de Mtl et Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini, Fleury, Inst. Cardiologie

	2. Prêt de service d'un animateur de pastoriale pour les résidences	Inst. Cardiologie
	3. Service de la paie	CHUM
	4. Services infirmière à domicile (demandés par Centrale Info-Santé)	Agence Géronto, CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles-Mtl Ouest, St-Michel, St-Léonard, Olivier-Guimond, Hochelaga-Maisonneuve
	5. Visites à domicile non-planifiées - Info-Santé et soins palliatifs et clientèle fragilisée	Géronto soins à domicile, CLSC Vieux LaChine, Villeray, Métro
	6. Visites à domicile non planifiées - Info-Santé, Soins palliatifs et clientèle fragilisée	Servir + Soins et soutien à domicile inc., CLSC Lachine, Villeray, Métro
	7. Service en matière de santé et sécurité du travail	Service SST et Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	8. Rémunération de la garde pour maintien à domicile (garde médicale et infirmières associées)	CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, PAT-Mtl Est, Rivière-des-Prairies, St-Léonard
CLSC-CHSLD La Petite Patrie	1. Demande d'assistance en cas de désastre	Hôp. Maisonneuve-rosemont
	2. Service de dépannage, livraison de repas chauds	CHRDL (Lanaudière)
	3. Collaboration dans le dossier santé mentale	CHUM
	4. Services en pédopsychiatrie	Hôp. Jean-Talon
	5. Utilistaion des services laboratoire	Hôp. Jean-Talon
	6. Interprétation des tracés d'électrocardiogrammes au repos	Hôp. Jean-Talon
	7. Suivi clinique clientèle à risque élevée de dénutrition	Hôp. Jean-Talon
	8. Suivi clinique clientèle MPOC - cadre référence régional	Hôp. Jean-Talon
	9. Suivi clinique clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque	Hôp. Jean-Talon
	10. Contrats d'association pour différents stages en soins infirmiers, assistances familiales et sociales, sciences infirmières, etc.	Collègue Maisonneuve, Université Sherbrooke, Commission scolaire de Montréal, CEGEPdu Vieux-Mtl
	11. Cadre de référence des services en CPE	CLSC-CPE-CJ
	12. Entente-cadre CJ-CLSC	CLSC- CJ
	13.	Inst. Raymond Dewar
	14. Animation conjointe de gorupes de parents	L'Hôte-Maison
	15. Services inspection et permis pour logements insalubres	Ville de Montréal
	16. Application du protocole en matière de violence conjugale	Police de quartier (poste 35)
	17. Bureau de consultation jeunesse	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	18. Grossesse secours	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	19. Maisonnette des parents	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	20. Service d'intégration à la collectivité	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	21. La Maisonnée	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	22. In'Afu	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	23. Groupe d'entraide maternelle	Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
	24. Projet MARCO - suivi particulier de personnes suicidaires	Suicide Action Mtl, CHUM, Centre de crise le Transit
	25. Mise en commun des aides techniques	Maison André Viger
	26. Fonds de dépannage de médicaments	Jean Coutu

	27. Coupons alimentaires / programme OLO	IGA
	28. Campagne de Noël	Fonds du journal La Gazette
	29. 5 lunettes gratuites par an offertes à des personnes défavorisées / programme enfanace	Opticien du quartier
	30. Fonds "Coup de pouce" venant enaide aux jeunes mères monoparentales et aux familles démunies du quartier	Caisses populaires Petite Patrie
	31. Fonds d'aide aux résidents du CHSLD Paul-Gouin	Caisses populaires Petite Patrie
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Mtl-Est	***Voir liste CLSC***	
Foyer Rousselot	1. Psychiatres	Hôp. L-H. Lafontaine
	2. Services de santé et sécurité au travial	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	3. Service de gériatrie	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	4. Popotte roulante	CLSC Olivier-Guimond
Hôpital Chinois	s.o.	s.o.
Hôpital Maisonneuve-Rosemont		
Hôpital Santa-Cabrini	1. Prélèvements sanguins et pré et post hospitalisation	9 CLSC: Mercier-Est/Anjou, J-O Roussin, O-Guimond, Rivière-des-Prairies, Hochelaga-Maisonneuve, Mtl-Nord, St-Léonard, St-Michel, Rosemont
	2. Prise en charge de personnes âgées (Confort culturel)	CLSC St-Michel, CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes
Institut Canadien-Polonais du Bien-Être	s.o.	s.o.
Institut univ. Gériatrie de Montréal	1. Partenariat services de système intégré de gestion de personnel et système de paie	CHUM
	2. Convention d'association pour la référence de patients	CHUM
	3. Partenariat du réseau thermique	CH St-Mary
	4. Services de stérilisation	CH St-Mary
	5. Services de laboratoire	CH St-Mary
	6. Services pour une clinique de positionnement et de téléréadaptation	C.R. Lucie-Bruneau
	7. Services de gérontopsychiatrie	CHSLD Lachine, N-Piché Foyer Dorval
	8. Services cliniques et milieu de vie	CHSLD Y-Brunet, R-Morel, L-Riel
	9. Coopération internationale	Assistance publique - hôpitaux de Paris
	10. Coopération internationale	P.A.P.A. Bouscat, Hôpital Suburbain, France
	11. Partenariat pour la réalisation d'activités de promotion de la santé - Cahier Virage santé - pour un vieillissement réussi	FADOQ - mouvement des aînés du Québec
	12. Partenariat avec le réseau internet francophone vieillir en liberté (présent au Qc, en France, Belgique, Suisse) pour la diffusion des connaissances sur la santé et le vieillissement	RIFVEL - Québec
	13. Production de repas offerts pour distribution dans la communauté en collaboration avec le centre d'action bénévole de Mtl	La Popote roulante
	14. Téléformation et télé-expertise	CH de l'Archipel (Iles de la Madeleine), Maison Pie XII (Abitibi-Témiscamingue), Centre de santé Ste-Famille (Abitibi-Témiscamingue)
	15. Contrat de services relatif à la valorisation de la recherche	Univalor
	16. Commandité (partenariat de recherche)	Le groupe Créa inc.
	17. Contrat de services relatif à la gestion électronique des données cliniques	Gerec

Les CHSLD de mon quartier	1. Services psychiatriques, unité spécifique type II	L-H. Lafontaine
	2. Médecine dentaire	L-H. Lafontaine
	3. Consultations médicales et chirurgicales	L-H. Lafontaine
	4. Services diagnostics (laboratoire et radiologie)	L-H. Lafontaine
	5. Alimentation - diététique	L-H. Lafontaine
	6. Entretien des vêtements des résidents	L-H. Lafontaine
	7. Programme d'aide aux employés	L-H. Lafontaine
	8. Entretien et fonctionnement des installations matérielles	L-H. Lafontaine
	9. Sécurité et sécurité-incendie	L-H. Lafontaine
	10. Identification des superficies de terrain aux fins de stationnement, loisirs et jardinage	L-H. Lafontaine
Les CHSLD du Plateau Mont-Royal	s.o.	s.o.
Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval	s.o.	s.o.
Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain	1. Services de pharmacie	CHSLD St-François de Laval
	2. Services médicaux et pharmaceutiques	CHSLD Berthiaume-du-Tremblay
	3. Orthèses	C.R. Lucie-Bruneau
	4. Services de santé et sécurité au travail	CLSC Villeray
	5. Analyses de Laboratoire	Fleury
	6. Analyses de laboratoire et psycho-gériatrie	Hôp. Sacré-Coeur
Manoir Cartierville	1. Services professionnels concernant des services de consultation psychiatrique	Hôp. Sacré-Coeur
	2. Entente de partenariat interétablissements	CHSLD CLSC Bordeaux-Cartierville, CHSLD-CLSC St-Laurent, Nord de l'Ile (Notre-Dame de la Merci)
	3. Services professionnels en service social et en audiologie ainsi qu'en regard d'une étude de besoins des personnes sourdes-aveugles	Inst. Raymond-Dewar
	4. Service de buanderie	Hôp. St-Joseph de la Providence
	5. Services d'un chargé de projet construction (en voie de signature)	Hôp. Sacré-Coeur et Agence
	6. Partenariat interétablissements: logiciels financier et approvisionnement (en voie de signature)	CHSLD-CLSC St-Laurent, CHSLD-CLSC Nord de l'Ile
Résidences Mance-Décary (CHSLD)		
Association montréalaise pour les aveugles		
Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie	s.o.	s.o.
Centre Le Cardinal		
CHSLD Bayview		
CHSLD Bourget	Services d'analyses de laboratoires (fournitures)	CH Legardeur
CHSLD Bussey (Québec)	Analyses de laboratoire	CH Lachine
CHSLD Gouin		
CHSLD Marie-Claret	1. Services laboratoire	Hôp. Sacré-Coeur et Fleury
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes	1. Services psychiatrie	L-H. Lafontaine
	2. Physiatrie	C.R. Lucie-Bruneau
	3. Lectures et interprétations des électrocardiogrammes	CH Legardeur
	4. Laboratoires et services de stérilisation	Hôp. Maisonneuve-Rosemont

Groupe Champlain	1. Analyses de laboratoire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	2. Physiatrie (cliniques vérification et réparation fauteuils roulants de la RAMQ)	Inst. Réad. Mtl
	3. Psychiatrie	Hôp. L-H. Lafontaine
	4. Plan de services d'une résidence	CR Gabrielle Major
	5. Analyses de Laboratoire (installation Champlain Villeray)	Hôp. Jean-Talon
	6. Physiatrie (installation Champlain Villeray)	Inst. Réad. Mtl
Groupe Roy Santé		
Les Cèdres - Centre d'accueil pour personnes âgées		
Ma Maison St-Joseph	1. Laboratoires (entente verbale)	Santa-Cabrini
	2. Pharmacie - en situation d'urgence (entente verbale)	Santa-Cabrini
	3. Service central - en situation d'urgence (entente verbale)	Santa-Cabrini
	4. Déchets biomédicaux	Santa-Cabrini
	5. CMDP fait sur demande l'analyse et en recommande l'approbation en ce qui a trait aux ordonnances, protocoles et actes délégués	Santa-Cabrini
	6. Analyse de laboratoire pour certains patients de HMR (aucune entente écrite)	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	7. Programmes de cliniques d'attribution des fauteuils roulants (aucune entente écrite)	C.R. Lucie-Bruneau
	8. Programmes de vérification préventives des fauteuils roulants (aucune entente écrite)	C.R. Lucie-Bruneau
	9. Radiologie	Polyclinique Santa-Cabrini
	10. Services médicaux: 2 médecins effectuent des visites médicales sur rendez-vous et une garde médicale 24 hres/7 jrs/semaine	Polyclinique Santa-Cabrini
	11. Pharmacie: 1 pharmacien privé reçoit et traite les ordonnances, les suvis, les approvisionnements en médicaments, fournitures médicales et gère les informations du dossier pharmaceutique et émets les rapports demandés	Polyclinique Santa-Cabrini
	12. Facilités d'hébergement advenant un sinistre ou événement nécessitant le déploiement de mesures d'urgence civiles	Paroisse Notre-Dame-du-Foyer, communauté chrétienne St-Bonaventure, Hôp. Santa-Cabrini, Inst. Canadien Polonais, Croix-Rouge Canadienne
Résidence Angelica	1. Services analyses laboratoire (entente verbale)	Hôp. Jean-Talon
Résidence Berthiaume-Du Tremblay	1. Services médicaux et pharmaceutiques	Rés. Laurendeau, Louvain, Légaré
	2. Compacteur à déchets (Rés. Laurendeau)	Rés. Laurendeau
Vigi Santé	s.o.	s.o.

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS (CLSC)

Établissement (installations)	Entente(s) en cours	Avec
CLSC Ahuntsic	1. Protocole d'articulation CHCD-CLSC-médecin traitant pour clientèle pré et post hospitalisée	Hôpital Sacré-Coeur, Fleury, 4 CLSC et médecins concernés
	2. MPOC	Hôpital Sacré-Coeur, Fleury, 4 CLSC
	3. Services dans la communauté pour désengorgement des urgences des CH pour clientèle retenue dans les urgences	3 CH et 4 CLSC
	4. Système de garde médicale et infirmière pour personnes âgées avec cancer, MPOC, ICS, risque physique à domicile	4 CLSC
	5. Projet expérimental MARCO pour prévention du suicide	3 CLSC, 1 CH, 1 centre de crise, 9 organismes communautaires
	6. Réseau de services intégrés en santé mentale pour clientèle adulte francophone	4 CLSC, 2 CH
	7. Cadre de référence en périnatalité pour les nouveaux-nés et leurs parents	4 CLSC et les CH
	8. Entente pour dépannage alimentaire dans le secteur Ahuntsic-Sud	Rés. Laurendeau
	9. Utilisation des services de laboratoire	Hôp. Sacré-Coeur
	10. Contrat de services professionnels en pédopsychiatrie	Hôp. Sacré-Coeur
	11. Protocole de suivi post-hospitalier pour la clientèle pour prothèse totale du genou	Fleury
	12. Protocole de suivi post-hospitalier pour la clientèle opérée pour chirrugie de la hanche	Fleury
	13. Réadmission des patients dans le cadre des modalités d'articulation CHSCD-CLSC-médecins traitants, soins post-hospitalier	Fleury
	14. Programme d'anticoagulathérapie ambulatoire pour le traitement des thrombophlébites profondes	Fleury
	15. Programme d'antiobiothérapie intraveineuse dans la communauté	Fleury
	16. Programme ambulatoire pour assurer la continuité des soins à domicile des usagers suite à une chirurgie cardiaque	Hôp. Sacré-Coeur
	17. Traitement ambulatoire de l'arédia	Hôp. Sacré-Coeur
	18. Programme d'anticoagulathérapie ambulatoire	Hôp. Sacré-Coeur
	19. Services de réadaptation de maintien à domicile pour les usagers crâniotomisés en complémentarité avec les CLSC	Hôp. Sacré-Coeur
C.A. LaSalle	1. Soins pré et post-hospitaliers offerts à la clientèle adulte	CUSM
	2. Thérapie intraveineuse pour clientèle adulte	St-Mary, CUSM, Général Juif
	3. Thérapie intraveineuse	Angrignon (Verdun)
CHSLD-CLSC Nord de l'Île	1. Services diagnostiques	Hôp. Sacré-Coeur
	2. Projet de désengorgement d'urgence	Hôp. Sacré-Coeur
	3. Entente concernant un corridor de services	Hôp. Sacré-Coeur
	4. Intégraiton des soins pharmaceutiques pour les patients atteints MPOC et ashme	Hôp. Sacré-Coeur et CHSLD-CLSC St-Laurent
	5. Ressources intermédiaire	Centre Notre-Dame des Anges
	6. Projet MARCO (services personnes suicidaires)	Centre Dollard-Cormier, CLSC Ahuntsic, St-Laurent, Hôp. Sacré-Coeur (pavillon Albert-Prévost), Suicide-Action Montréal

	7. Programme interdisciplinaire d'intégrité de la peau	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	8. Partage de ressources professionnelles en psychogériatrie, en nutrition et autres	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	9. Approvisionnements	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	10. Système d'information de gestion	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	11. Programme de prévention des infections	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	12. Partage d'une ressources professionnelle afin de définir un protocole de réduction des moyens de contrôle	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	13. Partage de l'expertise clinique professionnelle d'un intervenant psychosocial afin d'établir un bilan des activités et développer un programme de soutien aux aidants	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville
	14. Buanderie / entretien lingerie / literie	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville, Inst. Réadaptation Mtl, Inst. Réadaptation Lindsay, Rés. Légaré
	15. Nutrition clinique	CHSLD-CLSC St-Laurent
	16. Réseau de services intégrés MPOC	CHSLD-CLSC St-Laurent, Manoir Cartierville, CLSC Ahuntsic, CH Fleury
	17. Articulation CHCD-CLSC_médecin traitant clientèle pré et post-hospitalisée	4 CLSC du Nord de Mtl, 2 CH, médecins concernés
	18. Réseau de services intégrés MPOC	4 CLSC du Nord de Mtl, 2 CH
	19. Services dans la communauté pour le désengorgement des urgences des CH pour la clientèle retenue dans les urgences	4 CLSC du Nord de Mtl, 3 CH
	20. Comité d'organisation des services médicaux de 1ère ligne pour la clientèle en milieu communautaire et en hébergement	4 CLSC du Nord de Mtl, 4 CHSLD, les cliniques médicales
	21. Cadre de référence: guichet unique personnes âgées (domicile)	4 CLSC, les partenaires du réseau concernés
	22. Pharmacie communautaire, personnes âgées vulnérables à domicile	3 CLSC, 1 CH, 2 CHSLD, les pharmacies de quartier
	23. Système de garde médicale et infirmière (cancer, MPOC, ICS, risque physique à domicile)	4 CLSC
	24. Gestion intégrée ÉVAL., READ., PALL, H. de J., C de J., HEB temporaire pour les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile	1 CHSLD et 1 CLSC fusionné
	25. Projet expérimental SIPA	2 CLSC, 1 CH, ressource intermédiaire
	26. Partage de ressources professionnelles psychogé-neuro-psycho-nutrition-TS-physio pour les personnes hébergées ayant des problématiques particulières	3 CHSLD
	27. Gestion intégrée des aides techniques	4 CLSC
	28. Approche concertée en nutrition clinique (domicile)	4 CLSC
	29. Projet expérimental MARCO - santé mentale	3 CLSC, 1 CH, 1 CR, 1 Réad, 1 toxico
	30. Comité clinique sous-régoinal de praticiens pour la fluidité partenariale dans l'aide aux usagers	4 CLSC, 2 CH, 1 CR, 9 org. Comm
	31. Comité clinique sous-régional en santé mentale pour la clientèle adulte francophone	4 CLSC, 2 CH
	32. Réseau de services intégrés de la sous-régoin Nord pour l'analyse des modalités de fonctionnement (recherche provinciale en santé mentale)	4 CLSC, 2 CH, 1 CR, Org. Comm., 1 police
	33. UPS-Justice pour la clientèle psychiatrique ayuant comis un délit	1 CLSC-Mtl, 4 CLSC Nord Mtl, 3 Police
	34. Gestion autonome des médicaments pour une étude sur les stratégies d'implantation d'un guide clinique en santé mentale	4 CLSC, 1 CR, 9 org. Comm.
	35. Guichet unique pour les personnes sourdes et sourdes-aveugles en perte d'autonomie à domicile	1 CHSLD, 1 CLSC de Mtl et périphérie
	36. Programme de soutien aux centres de jour pour les personnes ayant des problématiques de surdité	1 CHSLD, 5 Centres de jour
	37. Partenariat en surdité et surdi-cécité	1 CHSLD, 2 Réad., 1 centre de jour (Québec), 6 org. Comm.
	38. Mécanisme d'accès en déficience intellectuelle	4 CLSC, 1 réad., les écoles concernées

	39. Cadre de référence périnatalité	4 CLSC, les CH
	40. Entente de collaboration Centre Jeunesse pour les jeunes en difficulté	4 CLSC, 2 Centres jeunesse
	41. Entente de collaboration Centre Jeunesse, CLSC, CPE pour les enfants en difficulté	4 CLSC, 2 Centres jeunesse, les CPE
	42. Entente commission scolaire / CLSC pour les jeunes en milieu scolaire (primaire et secondaire)	4 CLSC, Écoles primaires et secondaires
	43. Protocole de collaboration CLSC / police de quartier pour les femmes victimes de violence conjugale	4 CLSC, 4 police
	44. Itinérance prévention Ahuntsic Cartierville (IPAC) pour les personnes à rsique d'exclusion sociale	13 partenaires dont 2 CLSC
	45. Atelier de meubles recyclés ahuntsic Cartierville (AMRAC) pour l'ameublement des personnes à faible revenu et pour l'employabilité	2 CLSC, 1 OSBL (économie sociale)
	46. Les Habitations de la Visitation pour le logement de personnes ayant des troubles mentaux	1 CHSLD, 2 CLSC, 1 OSBL
	47. Remue-ménage et Beaux Ménages pour des services domestiques à prix modique aux personnes à faible revenu	4 CLSC, 2 OSBL (économie sociale)
	48. Enseignement et recherche de 1ère ligne	3 CLSC, 2 universités
CHSLD-CLSC Saint-Laurent	S.O.	S.O.
Clinique comm. de Pte St-Charles		
CLSC Côte-des-Neiges	1. Prélèvements et laboratoire	Hôp. Général Juif (SMBD)
	2. Association au groupe de médecine familiale - clinique Herzl	Hôp. Général Juif (SMBD)
	3. Services centrale Info-Santé en dehors des heures d'ouverture	CLSC Métro
	4. Accès à une salle de traitement en cas d'évacuation du CLSC	Hôp. Général Juif (SMBD)
	Santé mentale:	
	5. Maintien dans la communauté des personnes ayant des troubles sévères et persistants	Hôp. Général Juif (SMBD), St-Mary, les organismes communautaires, Tracom, Forward House, Projet Arc
	6. Clients en santé mentale présentant une situation difficile dans la sous-région Centre-Ouest	Hôp. Général Juif (SMBD), St-Mary, Douglas, CLSC René_Cassin, Forward House, Tracom, Projet Arc, Ami Québec
	7. UPS-Justice pour les personnes présnetant un danger grave pour elle-même ou pour autrui en situation de crise ou nécessitant l'intervention répétitive des policiers (clientèle visée par la Loi 38.001)	CLSC des Faubourgs, René-Cassin, NDG-Mtl-Ouest, 5 postes de quartier du Centre-Ouest, Tracom
	8. Clients suicidaires adultes âgés (projet MARCO)	CH St-Mary, Centre Dollard Cormier, Suicide Action Mtl, Tracom
	9. D'autres ententes formelles sont à venir avec les mêmes principaux partenaires pour la clientèle avec des troubles de personnalité	
	Mandat régional de dispenser des services de santé et des services sociaux aux réfugiés et aux immigrants de la région de Montréal (SARIMM et Santé-Accueil)	
	10. Partage des frais d'examen sans statut légal	Hôp. Général Juif (SMBD)
	11. Mineurs non-accompagnés	Centres Jeunesse de Mtl
	12. Assurer un service professionnel de liaision en matière de services sociaux entre les établissements du Québec et des organismes en dehors du Canada au nom des personnes du Québec qui le requiert	Service Social International
	13. Évaluation psychosociale des requérants déclarés inadmissibles au Canada pour raison médicale	Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI)
	14. Représentation désignée	Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié (CISR)
	15. Hébergement temporaire de la clientèle nouvellement arrivée	YMCA Centre-Ville
	16. Hébergement et approvisionnement aux revendications du statut de réfugiés	Projet Refuge, Maison l'amitié et Refuge Juan Moreno
	17. Hébergement et soutien financier aux adultes revendicateurs du statut de réfugiés qui vivent dans la région de Sherbrooke	Service d'aide aux Néo-canadiens

	18. Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO)	?
	Services intégrés à la femme enceinte	
	19. Association d'un gynécologue consultant au projet de services intégrés à la femme enceinte	Hôp. Général Juif (SMBD)
	Pratique sage-femme	
	20. Transfert d'urgence en obstétrique-gynécologie	Hôp. Général Juif (SMBD)
	21. Accès à des soins hospitaliers à l'enfant lorsque requis et utilisation du laboratoire cytogénétique	CUSM (Mtl pour Enfants)
	22. Analyse de sang des mères rhésus négatifs et laboratoire de biochimie pour les nouveaux-nés	Hôp. Ste-Justine
	23. Protocole d'intervention à la Maison des naissances Côte-des-Neiges	Urgence-Santé
	24. Médicaments de la Maison de naissances	Pharmacie Jean-Coutu
	Maintien à domicile	
	25. Guichet unique pour l'accès aux services de longue durée	Hôp. Général Juif (SMBD), CLSC René-Cassin
	26. Projet commun visant le soutien des personnes âgées pour l'approvisionnement en nourriture tout en maintenant leur autonomie	SARPAD pour l'Épicerie en taxi
	27. Entreposage et entretien lié aux prêts d'équipements	Compagnie Wil-Aid
	Enfance-famille, Jeunesse, Adulte	
	28. Développement et la consolidation de certains programmes de soins pour les mères et les enfants et pour améliorer les communications avec les médecins et autres professionnels du Réseau mère-enfant	Hôp. Ste-Justine (pour le réseau Mère-enfant)
	29. Complémentarité des services et formation aux intervenants du CLSC	Centre Myriam
	30. Démarche d'harmonisation du guide de collaboration CLSC/Centres Jeunesse conformément aux mandats des partenaires impliqués et pour l'articulation locale et régionale des services à la jeunesse	Centre Jeunesse Batshaw
	31. Services offerts en services infirmiers et des services sociaux, de même que des activités favorisant l'emprise sur leurs conditions de vie pour le CLSC à la population du quartier	Centre communautaire Mountain Sights
	32. Complémentarité de services pour favoriser l'adaptation et l'intégration des adultes, jeunes et enfants nouvellement arrivés	PROMIS
	33. Cours de français offerts aux nouveaux arrivants dans les locaux du CLSC Côte-des-Neiges	MRCI
	34. Offrir du soutien aux familles en difficulté par un répit aux parents et des activités de stimulation aux enfants dans un but de prévention	Centre de loisirs Côte-des-Neiges
	35. Complément de services pour offrir répit et accompagnement aux familles de la communauté juive	Ahavas Chesed Social Services
	36. Personnes violentées dans une relation conjugale qui refusent d'aller en maisons d'hébergement	Service de police du district 32 (postes de quartier 24 et 25)
	37. Complément de services pour les personnes ayant des comportements violents dans les relations amoureuses et familiales qui désirent une thérapie	Organisme Option
	38. Permettre aux familles avec jeunes enfants de faire des liens dans la commauté et permettre aux infirmières du CLSC d'assurer des liens continus avec certaines familles	Association des parents / Joujouthèque
	39. Meilleure concertation et connaissance des organismes, la création de liens et de la formation par les éducateurs du CLSC et des références	CPE Côte-des-Neiges
	Clientèle présentant des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	
	40. Favoriser la continuité des services à la clientèle MPOC dans la sous région Centre-Ouest	CUSM (Inst. Thoracique), Hôp. Général Juif, CH St-Mary, CLSC Métro, Parc Extension, NDG-Mtl-Ouest, René-Cassin
	Partenaires en lien avec notre statut de centre affilié universitaire	
	41. Contrat d'affiliation associé notre statut de centre affilié universitaire	Université McGill
	42. Contrat d'affiliation	Université de Montréal

	43. Contrat d'affiliation	Université du Québec à Montréal
	44. Contrat d'affiliation pour l'enseignement de la pratique sage-femme	Université du Québec à Trois-Rivières
	45. Contrats d'enseingement avec d'autres universités et maisons d'enseignement de niveau collégial et secondaire	Autres partenaires
	ENTENTES INFORMELLES - ensemble des clientèles	
	46. Mandats découlant de notre mission de prévention et de promotion de la santé notamment à l'égard de l'immunisation, les maladies infectieuses, les dépistages, le développement des enfants, l'allaitement matenrel et la périnatalité	Agence de mtl (direction de la prévention et de santé publique)
	ENTENTES INFORMELLES - Santé mentale	
	47. Dépistage de la dépression et des troubles anxieux	CH St-Mary, Hôp. Général Juif (SMBD), CUSM (Général de Mtl), CLSC Parc Extension, Métro, René-Cassin, NDG-Mtl-Ouest, UQAM, Université Concordia, Tracom, Ami Québec et Association des dépressifs et manico-dépressifs
	ENTENTES INFORMELLES - Mandat régional de dispenser des services de santé et des services sociaux aux réfugiés et aux immigrants de Montréal (SARIMM et Santé-accueil)	
	48. Pour la section de l'Appel du rôle	Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié (CISR)
	49. Citoyenneté et Immigration	Citoyenneté et Immigration du Canada (CIC)
	50. Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrants (TCRI)	(TCRI)
	51. Centres Jeunesse de la province	?
	ENTENTES INFORMELLES - Pratique sage-femme	
	52. Transfert vers Ste-Justine	Hôp. Ste-Justine
	ENTENTES INFORMELLES - Maintien à domicile	
	53. Harmonisation des services à domicile desservant les personnes âgées en perte d'autonomie des territoires des CLSC Côte-des-Neiges et René-Cassin	CUSM (Inst. Thoracique), Hôp. Général Juif, CH St-Mary, CHSLD Maimonides, Centre de jodur Henri-Bradet, St-Margaret, Centre de jour Juif, Centre Cummings, Miriam Home CLSC René-Cassin
	54.Promouvoir une compréhension mutuelle des problématiques gériatriques et encourager le travail en partenariat auprès de la clientèle desservie par le réseau McGill	Hôp. Général Juif (SMBD), CH St-Mary, Maimonides, *CLSC René-Cassin, CUSM (Royal-Victoria), Richardson*
	55. Programme de maintien à domicile du CLSC	Network Integration committee, Hôp. Général Juif (SMBD)
	56. Complémentarité des services	Institut univ. Gériatrie de Mtl (Centre de jour et Hôpital de jour)
	57. Consolidation des corridors de services visant leur continuité	Unité de courte durée gériatrique de l'institut univ. Gériatrie de Mtl
	58. Soins palliatifs	CH St-Mary
	ENTENTES INFORMELLES - Enfance-famille, Jeunesse, Adulte	
	Un nombre d'imposants de collaborations informelles est effectif dans ce secteur d'activités avec les organismes communautaires en vue d'assurer un suivi global intégrant l'aspect communautaire et social à la prise en charge de la clientèle. En voici quelques exemples pour en illustrer la diversité :	
	59. Assurer continuité et meilleurs services aux enfants du territoire de façon générale : En soins pédiatriques à la sortie de l'Hôpital, pour faire la liaison avec la clinique d'enseignement de l'asthme et pour assurer meilleur suivi des enfants présentant des difficultés de développement.	Hôpital Ste-Justine
	60. Assurer la continuité des services à la clientèle pré, per et postnatale.	Hôp. Général Juif (SMBD) et CH St.Mary
	61. Introduire, coordonner et organiser les programmes communautaires en vue de répondre aux besoins de la communauté noire et sensibiliser les travailleurs du réseau à leurs problèmes et besoins spécifiques.	Black Community Association

	62. Prévenir les problèmes de toxicomanie chez les jeunes dans un esprit de prévention et de promotion de la santé.	Services de loisirs Outremont
	63. Favoriser l'adaptation et intégration des familles latinoaméricaines, incluant l'offre de cours de français.	ALAC
	64. Femmes désirant créer une entreprise.	Société internationale du Bengladesh
CLSC des Faubourgs	1. ?	Centre Dollard-Cormier
	2. ?	Centre Lucie-Bruneau
	3. ?	CEGEP du Vieux-Montréal
	4. Toxicomanie	Centre de recherche et d'aide pour les narcomanes (CRAN)
	5. Accès aux services en langue anglaise - CLSC pivot	CLSC St-Louis du Parc
	6. Continuum de services de réadaptation fonctionnelle intensive pour les usagers nécessitant une arthroplastie de la hanche	CHUM
	7. VIH-SIDA	Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes (GEIPSI)
	8. ?	Maison d'Hérelle
	9. Service social	Plumeau,Chiffon et compagnie
	10. Saunas	Direction de la santé publique
	11. Intervention par les pairs	Agence de Mtl
	12. ?	UQAM
	13. ?	UQAM
	14. ?	Université de Sherbrooke
CLSC du Plateau Mont-Royal	1. Dispensation de services aux employés et administrateurs qui résident sur les territoires respectifs	CLSC-CHSLD La Petite Patrie
	2. Services infirmiers ambulatoires planifiés les fins de semaine	CHSLD Émilie-Gamelin/Armand-Lavergne
	3. Continuum de services de réadaptation fonctionnelle intensive pour les usagers nécessitant une arthroplastie de la hanche (PTH)	CHUM
	4. Protocole pour la continuité des services aux personnes suicidaires	Centre de crise Le Transit
		Centre Dollard-Cormier
		CLSC La Petite Patrie
		CLSC du Plateau Mont-Royal
		CLSC Saint-Louis du Parc
		Suicide Action Montréal
		CHUM, urgence psychiatrique
	5. Protocole d'entente en soins palliatifs	CLSC des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, La Petite Patrie, du Plateau Mont-Royal, Rosemont, Saint-Louis du Parc, Villeray et
		CHUM
	Protocoles :	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	6. Traitement ambulatoire de la thrombophlébite profonde avec une héparine de faible poids moléculaire Fragmin et Coumadin	
	7. Traitement ambulatoire par voie intraveineuse de la pyélonéphrite aiguë	
	8. Administration de solu-medrol par voie intraveineuse dans la communauté pour la clientèle avec diagnostic de sclérose en plaques ou polyneuropathie inflammatoire	
	9. Programme de suivi pré-chirurgie pour les usagers devant être opérés pour une stomie	
	10. Modalités d'articulation pour le suivi post-hospitalier de la clientèle opérée pour prothèse totale de la hanche	

	11. Suivi post-hospitalier pour la clientèle opérée pour fracture de la hanche	
	12. Modalités d'articulation pour le suivi post-hospitalier de la clientèle opérée pour prothèse totale du genou	
	13. Entente de collaboration : références d'usagers vers le programme de maintien à domicile ou autres programmes du CLSC, références vers le CRLB et la prise en charge conjointe d'usagers.	CLSC Ahuntic, des Faubourgs, du Plateau Mont-Royal, La Petite Patrie, Villeray, St-Louis-du-Parc, Parc Extension et CR Lucie-Bruneau
	14. En matière de soins, répit – dépannage d'urgence	CH Jacques Viger
	15.Continuum en soins palliatifs	CHSLD Plateau Mont-Royal
	16. Fourniture de repas chauds	CHSLD Plateau Mont-Royal
CLSC du Vieux Lachine	1. MPOC	Hôp. Général Lakeshore
	2. Thérapie intraveineuse	Hôp. Général Lakeshore
	3. Suivi guichet unique	Hôp. Général Lakeshore
	4. MPOC	CH de Lachine
	5. Thérapie intraveineuse	CH de Lachine
	6. Suivi guichet unique	CH de Lachine
	7. Protocole anticoagulothérapie	CH de Lachine
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	1. Services pré et post-hospitaliers de l'Est de Mtl	Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini, Fleury, Inst. Cardiologie, CLSC Pointe-aux-Trembles/Mtl Est, Mercier Est/Anjou, O-Guimond, Rosemont, St-Léonard, St-Michel
	2. Prélèvements	Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini, CLSC Pointe-aux-Trembles/Mtl Est, Mercier Est/Anjou, O-Guimond, Rivière-des-Prairies, Rosemont, St-Léonard, Mtl-Nord, St-Michel
	3. Cliniques externes des services psychiatrie des territoires L-H. Lafontaine	CLSC Pointe-aux-Trembles/Mtl Est, Mercier Est/Anjou, O-Guimond, Rosemont, St-Léonard
	4. Occupation des espaces au 4201 rue Ontario Est à Mtl	L-H. Lafontaine
	5. Continuum en soins palliatifs	CHUM, CLSC des Faubourgs, Petite-Patrie, Plateau Mont-Royal, Rosemont, St-Louis du Parc, Villeray
	6. Stérilisation	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	7. Interprétation des électrocardiogrammes	Inst. Cardiologie
	8. Services juridiques	L-H. Lafontaine
	9. Gestion préventive et la présence au travail	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	10. Modalités d'articulation des soins spirituels à domicile	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	11. Projet répit	Lucille-Teasdale (centre de jour du pav. Maison-Neuve)
	12. Protocole de traitement ambulatoire de thrombophlébite profonde avec héparine de faible poids moléculaire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
	13. Programme d'anticoagulothérapie ambulatoire pour tratiement de thromophlébites profondes	Santa-Cabrini
	14. Programme d'anticoagulothérapie ambulatoire pour tratiement de thromophlébites profondes	Fleury
	15. Modalités d'artiulation pour suivi post-hospitalier de la clientèle opérée pour une prothèse totale du genou	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
	16. Modalités d'artiulation pour suivi post-hospitalier de la clientèle opérée pour une prothèse totale du genou	Fleury et les CLSC de l'Est de Montréal
	17. Programme d'antigiothérapie intraveineuse dans la communauté	CHSCD et CLSC de l'Est de Montréal

	18. Programme d'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire pour les usagers qui présentent une endocardite	Inst. Cardiologie
	19. Protocole d'administration de Solu-Medrol par voie intraveineuse dans la communauté pour la clientèle avec diagnostic de sclérose en plaques ou de polyneuroathie inflammatoire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de la sous-région de l'Est de Montréal
	20. Plan de cheminement clinique de la clientèle MPOC	Fleury et CLSC de l'Est de Montréal
	21. Protocoloe de traitement ambulatoire par voie intraveineuse de pyélonéphrite aigüe	Fleury et CLSC de l'Est de Montréal
	22. Programme de suivi pré-chirurgie pour les usagers devant être opérés pour une stomie	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
	23. Protocole de suivi post-hospitalier de la clientèle opérée pour chirurgie de la hanche	Fleury, Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
	24. Protocole de traitement ambulatoire par voie intraveineuse avec Pamidronate disodique (Aredia) ouaxide Zélédronique (Zométa)	Santa-Cabrini et les CLSC de l'Est de Montréal
	25. Protocole de suivi en externe pour usager à risque élevé de déshydratation	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
	26. Protocole de traitement vésical au diméthylsulfoxyde (RIMSO) dans la communauté	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
CLSC Lac Saint-Louis	1. Cadre de collaboration	Regroupement CPE, Regroupement CLSC, Centre jeunesse Mtl et Basthaw
	2. Articulation	C.R. Constance-Lethbridge
	3. Formation	Argyle Institute of Human Relations
	4. Pratique sage-femme	CH LaSalle
	5. Association	Comm. Scolaire Marguerite-Bourgeoys
	6. Contrat d'association (stages)	Performance Plus, CSRDN
	7. Opération et support actifs informationnels communs utilisés	Les CLSC et Technocentre régional Mtl
	8. Contrat d'association (stages)	CEGEP Marie-Victorin
	9. Entente de gestion et d'imputabilité	Régie régionale de Mtl
	10. Entente de stage - formation sage-femme en région éloignée	Gouvernement fédéral
	11. Thérapie intraveineuse	Hôp. Général Lakeshore, CLSC La Presqu'ile, Pierrefonds, Vieux LaChine
	12. Mutuelle de prévention - assujettissements à des taux personnalisés, calcul taux	Regroupement d'employeurs
	13. Contat d'association (stage)	Comm. Scolaire Lester-B. Pearson
	14. Achat appareil d'électrocardiographie et analyse des ECG	Hôp. Général Lakeshore
	15. Distribution de médicaments	Hôp. Général Lakeshore, Maison de naissance
	16. Dépistage auditif des travailleurs exposés au bruit industriel surle territoire CLSC	Hôp. Sacré-Coeur
	17. Collaboration en matière de violence conjugale et familiale	SPCUM (district 5)
	18. Partenariat Planification congé-référence et orientation	CLSC Pierrefonds, Hôp. Général Lakeshore
	19. Continuum de services aux personnes âgées - insuffisance respiratoire chronique	Hôp. Général Lakeshore, CLSC Pierrefonds, Vieux LaChine
	20. Obtention données système d'information clientèle (recherche)	Direction Santé publique
	21. Santé mentale	Centre Bienvenue inc., Hôp. Général Lakeshore
	22. Partenariat planification de congé pour orienter clientèle	CLSC Pierrefonds, Hôp. Général Lakeshore
	23. Entente de services	Pavillon Foster
	24. Services pré et post-hospitaliers clientèle adulte	CUSM, CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, St-Henri, Clinique comm. Pointe St-Charles, St-

		Louis du Parc
	25. Modèle de suivi systématique commun clientèle diabétique	Centre ambulatoire Lakeshore, CLSC Pierrefonds, Vieux LaChine, La Prequ'ile
	26. Stage clinique à notre établissement	Université d'Ottawa, École des sciences infirmières
	27. Services pour les personnes de 65 ans +, personnes handicapées	Services West-Nette, CLSC Pierrefonds
	28. Programme de baccalauréat en pratique sage-femme	Université du Québec à Trois-Rivières et les CLSC qui opèrent une Maison de naissance
	29. Soins palliatifs	V.O.N., CLSC Pierrefonds
	30. Entente de services	Les Amis de la fondation du CLSC Lac St-Louis et l'Ass. montréalaise pour les Aveugles
CLSC NDG / Mtl-Ouest	1. Services pré et post-hospitaliers	CUSM
	2. Soins secondaires et tertiaires aux patients psychiatriques	CUSM (Royal-Victoria)
	3. Services de laboratoire	CUSM (Général de Montréal)
	4. Cours prénataux dispensés en français	CLSC René-Cassin
CLSC Mercier-Est/Anjou	1. Prêt de services (Sylvie Giard)	Association des Centres Jeunesse du Qc
	2. Entente de collaboration	C.R. Lucie-Bruneau
	3. Rencontres prénatales en langue anglaise	CLSC St-Léonard
	4. Services	Les CLSC de l'Est de Mtl et C.R. Gabrielle-Major
	5. Prélèvements	Les CLSC de l'Est de Mtl, Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Hôp. Santa-Cabrini
	6. Info-Santé (centrale 24/7)	CLSC Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Rivière-des-Prairies, Hochelaga-Maisonneuve, Pointe-aux-Trembles-Mtl Est, St-Léonard, St-Michel, Mtl-Nord
	7. Psychogériatrie	CLSC Olivier-Guimond
	8. Services psychosociaux en langue anglaise - mandat pivot	CLSC associés: Olivier-Guimond, Rivière-des-Prairies, Hochelaga-Maisonneuve, Pointe-aux-Trembles-Mtl Est, St-Léonard, St-Michel, Mtl-Nord et Rosemont
	9. Services pré et post-hospitaliers	Les CLSC de l'Est de Mtl et Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Fleury, Inst. Cardiologie, Santa-Cabrini
	10. Périnatalité	CLSC Pointe-aux-Trembles/Mtl Est, O-Guimond, Rivière-des-Prairies et Les Relevailles de Mtl
	11. Garde médicale dans l'Est de Mtl	Agence (DRMG)
	12. Programme PIED	Agence (Santé publique)
	13. Centre d'abandon du tabagisme	Agence (Santé publique)
	14. Santé mentale (réseau universitaire)	Hôp. L-H. Lafontaine
	15. Santé et sécurité au travail	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	16. Services de décontamination, d'emballage et de stérilisation	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	17. Soins postopératoires - chirurgicaux - revascularisation du myocarde	Inst. Cardiologie
	18. Prêt de services Danielle L. Sasseville (GMF)	MSSS
	19. Approvisionnements et de fournitures	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	20. Services d'interprétation visuelle et tactile (SIVET)	Régie régionale de Mlt-Centre
	21. Entente de gestion et d'imputabilité	Régie régionale de Mlt-Centre

	22. Cadre de collaboration CLSC-CPE-CJ	Regroupement CPE, Regroupement CLSC, Centre Jeunesse Mtl et Batshaw
	23. Programme canadien nutrition prénatale	Santé-Canada
	24. Services courants et de soutien à domicile aux accidentés de la route	Société d'assurance automobile du Québec
	25. Violence conjugale et familiale	SPCUM (poste 46)
	26. Violence conjugale et familiale	SPCUM (poste 48)
CLSC Métro	1. Soins pré et post-hospitaliers offerts à la clientèle adulte	CLSC Côte-des-Neiges, Lac St-Louis, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, St-Henri, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CUSM
	2. Traitement ambulatoire d'une thrombose veineuse profonde	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, René-Cassin, St-Henri, St-Louis-du-Parc, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	3. Thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté (antibiothérapie)	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	4. Traitement ambulatoire de l'insuffisance cardiaque chronique (Lasix intraveineuse)	CLSC Verdun/Côte St-Paul, CHR Lindsay
	5. Programme de réadaptation intensive ambulatire (PRIA- suivant la poste d'une prothèse de la hanche ou du genou)	CLSC Métro, CUSM (Général Mtl), CHR Lindsay
	6. Soins palliatifs	CLSC NDG-Mtl Ouest, Métro, Côte-des-Neiges, St-Louis-du-Parc, René-Cassin, CUSM (Royal-Victoria et Général de Mtl)
	7. Corridor de services CH-CLSC: alimentation entérale à domicile	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	8. Corridor de services CH-CLSC: traumatisme orthopédique mineur	Métro, CUSM (Général Mtl)
	9. Thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté Pamidronate diasodique (Aredia)	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	10. Thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté - Solumedrol	CLSC Côte-des-Neiges, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	11. Continuum de soins pour la clientèle avec le cancer: gestion des symptômes et suivi clinique	CLSC Métro, NDG-Mtl Ouest, Lac St-Louis, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	12. Continuum de soins pour la clientèle souffrant MPOC	CLSC Métro et les autres, CH: CUSM (Inst. Thoracique) et les autres
	13. Services laboratoires (prélèvements)	CUSM (Général Mtl)
	14. Projet CHIN (Community Health Information Network) gestion système d'information du CUSM - accès via Platypus remote	CUSM (Général Mtl)
	15. Santé mentale: psychiatre	CUSM
	16. Médecine familiale	CH St-Mary
	17. Entente tripartite - agression sexuelle / accessibilité aux services médicaux pour les victimes incluant l'examen médico-légal	CUSM
	18. Prêt de service d'un commissaire local à la qualité des services	CHSLD St-Margaret, Father-Dowd, St-Andrew
CLSC Montréal-Nord	1. Entente de services en santé mentale	Fleury

	2. Protocole	entre les 9 CLSC de l'Est et l'Institut de Cardiologie
	3. Protocole d'entente pour les prélèvements	Hôp. Santa-Cabrini et Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	4. Contrat d'entretien préventif d'équipement de physiothérapie	Hôp. Sacré-Coeur
	5. Services de consultation psychiatrique (psychogériatrie)	Hôp. Sacré-Coeur
	6. Services pré et post-hospitaliers	entre les 9 CLSC de l'Est et le C.H. Fleury et Hôp. Maisonneuve-Rosemont
CLSC Parc Extension	1. Soins pré et post-hospitaliers offerts à la clientèle adulte	CLSC Côte-des-Neiges, Lac St-Louis, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, St-Henri, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CUSM
	2. Traitement ambulatoire d'une thrombose veineuse profonde	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, René-Cassin, St-Henri, St-Louis-du-Parc, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	3. Thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté (antibiothérapie)	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	4. Traitement ambulatoire de l'insuffisance cardiaque chronique (Lasix intraveineuse)	CLSC Verdun/Côte St-Paul, CHR Lindsay
	5. Programme de réadaptation intensive ambulatire (PRIA- suivant la poste d'une prothèse de la hanche ou du genou)	CLSC Métro, CUSM (Général Mtl), CHR Lindsay
	6. Soins palliatifs	CLSC NDG-Mtl Ouest, Métro, Côte-des-Neiges, St-Louis-du-Parc, René-Cassin, CUSM (Royal-Victoria et Général de Mtl)
	7. Corridor de services CH-CLSC: alimentation entérale à domicile	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	8. Corridor de services CH-CLSC: traumatisme orthopédique mineur	Métro, CUSM (Général Mtl)
	9. Thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté Pamidronate diasodique (Aredia)	CLSC Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, Clinique comm. Pointe St-Charles, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	10. Thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté - Solumedrol	CLSC Côte-des-Neiges, Métro, NDG-Mtl Ouest, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis-du-Parc, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	11. Continuum de soins pour la clientèle avec le cancer: gestion des symptômes et suivi clinique	CLSC Métro, NDG-Mtl Ouest, Lac St-Louis, CH: CUSM, Général Juif, St-Mary'S
	12. Continuum de soins pour la clientèle souffrant MPOC	CLSC Métro et les autres, CH: CUSM (Inst. Thoracique) et les autres
	13. Modalités de coordination et d'articulation virage ambulatoire (entente type)	Hôpital Jean-Talon
CLSC Pierrefonds	1. Guichet unique - continuum de services aux personnes âgées	Hôp. Général Lakeshore, CLSC du Lac St-Louis, Vieux LaChine
	2. Programme PAIR	L'arrondissement Pierrefonds/Senneville, YMCA St-Laurent
	3. Entente de collaboration	Victorian Order of Nurses, CLSC Lac St-Louis
	4. Service de soins palliatifs	Ouest de l'Ile
	5. Suivi insuffisance cardiaque	Hôp. Général Lakeshore, CLSC du Lac St-Louis, Vieux LaChine, CLSC La Presqu'Ile

	6. Suivi insuffisance respiratoire chronique	Hôp. Général Lakeshore, CLSC du Lac St-Louis, Vieux LaChine
	7. Programme des soins de personnes diabétiques	Hôp. Général Lakeshore, CLSC du Lac St-Louis, Vieux LaChine, CLSC La Presqu'Ile
	8. Thérapie intraveineuse dans la communauté	Hôp. Général Lakeshore, CLSC du Lac St-Louis, Vieux LaChine, CLSC La Presqu'Ile
	9. Protocole pour thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté	CH St-Mary, CUSM, Général Juif, Clinique comm. Pointe St-Charles, CLSC Côte-des Neiges, LaSalle, Métro, NDG-Mtl Ouest, Parc Extension, René-Cassin, St-Henri, St-Laurent, St-Louis du Parc
	10. Programme d'anticoagulothérapie ambulatoire pour le traitement des thrombophlébites avec une	Hôp. Sacré-Coeur, CLSC environnants
	11. Protocole pour thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté	Hôp. Général Juif
	12. Protocol for Outpatient Management of Dep. Vein Thrombosis	Hôp. St-Mary
	13. Traitement ambulatoire du Zometa	Hôp. Sacré-Coeur
	14. Traitement ambulatoire d el'Aredia	Hôp. Sacré-Coeur
	15. Protocole organisation de serivces complémentaires dans le cadre du virage ambulatoire	Hôp. Sacré-Coeur, CLSC Ahuntsic, Bordeaux-Cartierville, St-Laurent
	16. Protocole modèle de suivi systématique commun pour la clientèle diabétique	Centre ambulatoire Lakeshore, CLSC Lac St-Louis, Vieux LaChine, La Presqu'Ile
	17. Entente de collaboration et d'articulation	C.R. Constance Lethbridge
	18. Stimulation des habilités fonctionnelles et sociales et répit à la personne-soutien	Centre de jour Dollard-des-Ormeaux
	19. Entente de services 2002-2003	La Fondation Cheshire (Québec) inc.
	20. Carte-ressource sur le suicide	Suicide Action Mtl, Urgences-Santé, Police de Montréal
	21. Tragédies locales ayant un impact sur la communauté	Proposition de collaboration entre les organismes jeunesse de l'Ouest de l'Ile
	22. Protocole de postvention de la communauté "Quoi faire lors d'un événement traumatique?"	pour les intervenants jeunesse
	23. Protocole de collaobration en matière de violence conjugale et familiale	Poste de quartier no. 2 du SPCUM
	24. Protocole de collaboration	CEGEP Gérald-Godin
	25. Groupe d'entraide: "J'ai deux maisons à présent!"	Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys - École Lalande
	26. Formulaire de référence école-CLSC	Lettres
	27. Programme Naître-Égaux et Grandir en santé (volet intersectoriel)	Projet communautaire
	28. Guide de collaboration	Centres Jeunesse
	29. Mise en œuvre de la priorité jeunesse (priorité no. 2) plan global intersectoriel	AMCAL
	30. Entente de services	Organismes du milieu sans but lucratif
	31. Protocole d'entente	Services West-Nette, CLSC Lac St-Louis
CLSC René-Cassin	1. Protocole d'entente pour thérapie intraveineuse	Hôpital Général Juif, CH St-Mary, CUSM, 11 CLSC Centre-Ouest, Centre-Sud, Ouest
	2. Laboratoire de prélévement	Hôpital Général Juif
	3. Corridor de services CH – CLSC – Alimentation entérale à domicile	Hôpital Général Juif, CH St-Mary, CUSM (Hôp. Général de Mtl, Royal-Victoria, Mtl pour Enfants)
	4. Guichet unique : continuum des services aux personnes âgées	Hôpital Général Juif, CLSC Côte-des-Neiges
	5. Stérilisation des instruments médicaux	Hôpital Général Juif
	6. Clinique Heywood	Centre hospitalier Mont Sinaï

	7. Cours prénataux en français	CLSC Notre-Dame-de-Grâce
	8. Nomination et affectation de privilèges spéciaux à un médecin généraliste pour la prescription d'aide technique	Centre de Réadptation Constance-Lethbridge
	9. Centre Jeunesse Batshaw	Entente cadre
	10. Soins de cathéter central de type Broviac, Hickman et PICC	Hôpital Général Juif
	11. Règle de soins concernant l'administration de l'INFUFER	Hôpital Général Juif
	12. *The use of Low Molecular Weight Heparin in Ambulatory Patients with Deep Vein Thrombosis: a joint interdepartmental guideline*	Hôpital Général Juif
	13. Administration d'un régulateur du métabolisme des os de type AREDIA	Hôpital Général Juif
	14. Psychiatrie : entente soins jeunesse – enfants	Hôpital Général Juif
	15. *Protocol for Outpatient Management of Deep Vein Thrombosis*	Centre hospitalier St-Mary
	16. *IV. ZOMETA for treatment of tumour related hypercalcemia*	Hôpital Général Juif
		Centre hospitalier St-Mary
	17. Protocole pour l'administration de Methylprednisolone sodium succinate (ex. Solu-Medrol) par perfusion intraveineuse	Hôpital Général Juif
		Centre universitaire de santé McGill
	18. Traitement de patients externes avec CYTOXAN BOOSTER	Institut de Neurologie
	19. Entente pour la présence d'un psychiatre consultant une fois toutes les deux semaines auprès de l'équipe Santé Mentale 60 ans + du CLSC RC	Hôpital Général Juif
	20. Mécanismes de références spécifiques pour suivi à domicile pour la clientèle colostomisée	Hôpital Général Juif
	21. Mécanismes de références spécifiques pour suivi à domicile pour le traitement des plaies	Hôpital Général Juif
	22. Mécanismes concernant les traitements effectués par l'hôpital pour les personnes dialysées lors de leur visites planifiées à l'hôpital pour dialyse	Hôpital Général Juif
	23. Mécanismes de collaboration concernant la clientèle palliative conjointe (l'intervenant des services à domicile du CLSC siège sur le comité hebdomadaire « palliative round » de l'Hôpital	Hôpital Général Juif
	24. Un intervenant en services à domicile du CLSC assiste aux rencontres hebdomadaires de psychogériatrie de l'Hôpital	Hôpital Général Juif
	25. Téléphone cellulaire à l'accueil du CLSC pour donner une réponse immédiate à l'urgence de l'Hôpital	Hôpital Général Juif
	26. Mécanismes de collaboration pour la planification des congés : implication des intervenants en services a domicile du CLSC à l'équipe multidisciplinaire de l'Hôpital	Hôpital Général Juif (de façon régulière)
		Centre hospitalier St-Mary (occasionnellement)
		Centre universitaire de santé McGill (occasionnellement)
	27. Comité inter-établissements : santé physique de la sous-région du Centre Ouest élargie	Hôpital Général Juif
		Centre hospitalier St-Mary
		Centre universitaire de Santé McGill
		+ les CLSC NDG, CDN, Métro, Parc Extension, Ville St-Laurent, Pierrefonds
	28. Comité de liaison des organismes desservant la clientèle de personnes âgées des territoires des CLSC CDN, et RC	2 CH (Hôpital Général Juif et St-Mary)

		2 CLSC (CDN et RC)
		3 centres de jour (Centre de jour Juif, Henri Bradet, Alfred Desrocher)
		2 hôpitaux de jour (Maïmonides, Institut gériatrique)
		1 organismes communautaire (Centre Cummings)
	29. Comité Intégration Réseau : identification clientèle Guichet Unique	Hôpital Général Juif
		CLSC CDN et RC
	30. Entente inter-sectorielle de partenariat en santé mentale avec les postes de Police	4 Postes de Police
		CLSC CDN, NDG et RC
	31. Comités de travail visant l'admission directe (et pas par l'urgence) de la clientèle commune en phase terminale et en réadaptation gériatrique	Hôpital Général Juif
	32. Comité de travail visant l'amélioration des conditions de congé des clientèles lourdes, afin d'assurer leur référence systématique aux services à domicile du CLSC (et éviter qu'elles se perdent dans les failles du système)	Hôpital Général Juif
	33. Comité de travail visant l'amélioration de la collaboration concernant les clientèles communes aux cliniques externes et aux services à domicile (ostéoporose, urologie, endocrinologie, orthopédie...)	Hôpital Général Juif
	34. Guichet unique	Agence de Mtl
	35. MPOC	Agence de Mtl
	36. Prévention des infections à staphylocoques	?
	37. Modalités d'articulation CHSCD/CLSC dans les soins post-hospitaliers	Agence de Mtl
	38. Arthroplastie totale de la hanche et du genou	CHSGS – CLSC – CHR - Médecins
	39. Mesures de contrôle et prévention des infections à entérocoques résistant la vancomycine (ERV)	Direction de la santé publique
CLSC Rivière-des-Prairies	1. Services de prélèvements	Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini, Mercier-Est/Anjou, J.Octave-Roussin, O-Guimond, Hochelaga-Maisonneuve, Mtl-Nord, St-Léonard, St-Michel, Rosemont
	2. Services de psychiatrie	L-H. Lafontaine
	3. Info-Santé (centrale)	CLSC Rosemont
	4. Protocole clinique en soutien à domicile	Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini, Inst. Cardiologie, Fleury
CLSC Saint-Léonard	1. Soins post-opératoires pour les chirurgies de revascularisation du myocarde	Inst. Cardiologie et les CLSC de l'Est de Mtl
	2. Soins pré et post-hospitaliers	Les CLSC de l'Est de Mtl et Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Fleury, Inst. Cardiologie, Santa-Cabrini
	3. Services prélèvements	Les CLSC de l'Est de Mtl et Hôp. Maisonneuve-Rosemont et Santa-Cabrini
	4. Modèle de collaboration à implanter - cliniques externes des services psychiatrie	CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Mercier Est/Anjou, PAT-Mtl-Est, Olivier-Guimond, Rivière-des-Prairies, Rosemont et Hôp. L-H. Lafontaine
	5. Garde sous-régionale maintien à domicile pour les patients en perte sévère d'autonomie	CLSC Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Rivière-des-Prairies, Hochelaga-Maisonneuve, Pointe-aux-Trembles-Mtl Est, Rosemont
	6. Santé mentale	Hôp. L-H. Lafontaine
CLSC Saint-Michel	1. Modalités d'articulation CHSCD-CLSC médecin traitant	Agence Montréal

	2. Pédiatrie	Hôp. Maisonneuve-Rosemont et les CLSC de l'Est de Montréal
	3. Périnatalité (congés précoces)	Hôp. Maisonneuve-Rosemont , CHUM et les CLSC de l'Est de Montréal
	4. Protocole pédopsychiatrie	CH Rivière-des-Prairies et les CLSC de l'Est de Montréal
	5. Service d'aide aux victimes de violence conjugale et familiale en milieu judiciaire à la population	CLSC Plateau Mont-Royal et les CLSC de Montréal
	6. Prise en charge ds services sociaux à la population anglophone	CLSC Mercier-Est/Anjou
	7. Info-Santé	CLSC Villeray
	8. Psychogériatrie	Fleury
	9. Radiologie (interprétation)	Fleury
	10. Mécanismes de liaison en santé mentale	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	11. Laboratoire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	12. Bureau de santé	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	13. Pharmacie	Hôp. Santa-Cabrini
	14. Prélèvements	Hôp. Santa-Cabrini
	15. Anticoagulo.	Hôp. Santa-Cabrini
	16. Dermatologie	CHUM (St-Luc)
	17. Traitement ambulatoire par voie intraveineuse	Hôp. Santa-Cabrini
CLSC Saint-Henri	1. Services post-opératoires	CUSM
	2. Informatique	CUSM
	3. Ortho	CUSM (Mtl pour enfants)
	4. Collaboration	C.R. Lisette-Dupras
CLSC St-Louis du Parc	1. Transport des prélèvements	Rés. St-Dominique
	2. Continuum en soins palliatifs	CHUM
CLSC Verdun / Côte St-Paul	1. Thérapie intraveineuse dans la communauté	Angrignon, Clinique comm. Pointe St-Charles, St-Henri
	2. Traitemen+B232t ambulatoire des tromboses veineuses profondes (TVP)	Angrignon, Clinique comm. Pointe St-Charles, St-Henri
	3. Thérapie intraveineuse de biphosphonates dans la communauté	Verdun, Clinique comm. Pointe St-Charles, St-Henri
	4. Services de santé et sécurité au travail	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
CLSC Villeray	1. Continuum en soins palliatifs	CHUM, CLSC des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Petite-Patrie, Plateau Mont-Royal, Rosemont, St-Louis du Parc
	2. Continuum PTH/PTG	Tous les CLSC, les CH et les CHR de Mtl
	3. Continuum MPOC	Tous les CLSC, les CH et le SRSAD
	4.Suivi clinique de la clientèle à risque élevé dénutrition	Hôp. Jean-Talon
	5. Suivi clinique de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque	Hôp. Jean-Talon
	6. Protocole d'entente "Parapluie"	Hôp. Jean-Talon
	7. Prélèvements	Hôp. Jean-Talon
	8. Protocole de collaboration DPJ-CLSC	DPJ
	9. Mise en place d'un centre d'abandon du tabagisme	Direction Santé publique
	10. Gestion des aides techniques	André Viger
	11. Programme de soutien aux jeunes parents - volet soutien et création d'environnements favorables	BCJ Villeray

	12. Programme de soutien aux jeunes parents - volet soutien et création d'environnements favorables	Jouthèque
	13. Ententes verbales (collaboration): Halte-garderie, Y'app (programme Y a personne de parfait), Programme de stimulation précoce, programme Parents-Partage	Jouthèque
	14. Protocole de collaboration en matière de violence conjugale et familiale	Poste de quartier 31 du SPCUM
	15. Protocole de collaboration en matière de violence conjugale et familiale	Poste du quartier 32 du SPCUM
	16. Stagiaires auxiliaires familaies et sociales	École des métiers des Faubourgs
	17. Stagiaires en ergothérapie et physiothérapie	Université McGill
	18. Stagiaires en soins infirmers	CEGEP Vois-de Boulogne
	19. Stagiaires en hygiène dentaire	CEGEP Maisonneuve
	20. Stagiaires en bureautique	EMICA - École des métiers d el'informatique du commerce et de l'administration de Mtl
	21. Stagiaires en physiothérapie	Université de Mtl
	22. Entente d'aide domestique	Coopératout (économie sociale)
	23. Stagiaires en interventions psychosociales	Université de Mtl
CLSC-CHSLD de Rosemont	***Voir liste CHSLD***	
CLSC-CHSLD La Petite Patrie	courriel du 16 mars "`ça arrive d'ici quelques jours"	
CLSC-CHSLD Olivier-Guimond	1. Analyse de laboratoire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	2. Programme canadien de nutrition prénatale (accord de contribution)	?
	3. Transfert de personnel	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	4. Alzheimer	Société Alzheimer de Montréal
	5. Service santé et sécurité au traail	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	6. Guide de collaboration	Centre jeunesse
	7. Cliniques externes des services de psychiatrie des territoires L-H. Lafontaine	7 CLSC de l'Est de Mtl
	8. Protocole services à la communauté	9 CLSC de l'Est de Mtl, Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Hôp. Rivière-des-Prairies
	9. Cadre de collaboration CPE	Regroupement CPE, Centre Jeunesse, Regroupement CLSC
	10. Ensemble avec les jeunes (pas d'entente formelle, cadre de référence générale)	MEQ-MSSS
	11. Service Coup de main	CLSC Pointe-aux-Trembles/Mtl Est, Mercier Est/Anjou, Rivière-des-Prairies et les Relevailles de Mtl
	12. Développement d'environnements favorables (halte garderie, aide aux devoirs)	Gemo, Triolet, Harmonie, Mercier-Ouest en fête, Portrait de Quartier
	13. Services courants Santé	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	14. Modalité d'articulation CHSCD-CLSC-médecins traitants	Régie régionale de Montréal-Centre
	15. Services pré et post hospitaliers de l'Est de Mtl	4 CH et les 9 CLSC de l'Est de Mtl
	16. Prélèvements	Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini et les 9 CLSC de l'Est de Mtl
	17. Traitement ambulatoire de la thrombophlébite profonde avec une héparine de faible poinds moléculaire Fragmin et Coumadin	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	18. Programme d'anticoagulothérapie ambulatoire pour le traitement des trombophlébites profondes	Fleury
	19. Programme d'anticoagulothérapie ambulatoire pour le traitement des trombophlébites profondes	Santa-Cabrini
	20. Suivi post-hospitalier pour la clientèle opérée pour prothèse totale du genou	Fleury

	21. Modalités d'articulation pour le suivi post-hospitaliers de la clientèle opérée pour prothèse totale du genou	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	22. Formation préopératoire pour prothèse du genou	Fleury
	23. Prothèse totale du genou	Fleury
	24. Programme d'antibiothérapie intraveineuse dans la communauté	CHSCD
	25. Programme d'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire pour les usagers qui présentent une endocardite	Inst. Cardiologie
	26. Protocole d'administration de Solu-médrol par voie intraveineuse dans la communauté pour la clientèle avec diagnostic de slérose en plaques ou de polyneurophathie inflammatoire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	27. Plan de cheminement clinique de la clientèle MPOC	Fleury
	28. Traitement ambulatoire par voie intraveineuse de la pyélonéphrite aiguë	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	29. Suivi pré-chirurgie pour les usagers devant être opérés pour une stomie	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	30. Traitement ambulatoire par voie intraveineuse pour la diverticulite aiguë	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	31. Suivi post-hospitalier pour la clientèle opérée pour chirurgie de la hanche	Fleury, Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	32. Traitement ambulatoire par voie intraveineuse avec Pamidronate disodique (Aredia)	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	33. Traitement ambulatoire par voie intraveineuse avec Pamidronate disodique (Aredia md) et avec l'acide zolédronique (zometa md)	Santa-Cabrini
	34. Traitement ambulatoire de l'Aredia (pamodronate disodique) en complémentarité avec les CLSC	Sacré-Coeur
	35. Suivi en externe pour usager à risque élevé de déshydratation	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	36. Projet pour clientèle nécessitant des soins de plaies en externe suite à une chirurgie cardiaque (pas de protocole)	Inst. Cardiologie
	37. Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD)	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	38. Traitement vésical au diméthylsulfoxyde (RIMSO') dans la communauté	?
	39. Répit	Répit-ressources de l'Est de Mtl
	40. Entente de collaboration - réadaptation	C.R. Lucie-Bruneau et les CLSC de l'Est de Mtl
	41. Services Coup de main	CLSC Pointe-aux-Trembles, Mercier-Est/Anjou, CLSC Riv-des-Prairies et les Relevailles de Mtl
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Mtl-Est	1. Services Dr Luc Turnier, psychiatre	L-H. Lafontaine
	2. Santé mentale	L-H. Lafontaine et les CLSC de l'Est de Mtl
	3. Analyses de laboratoire	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	4. Suivi de nos dossiers en assurance-salaire et CSST	Hôp. Maisonneuve-Rosemont
	5. Info-Santé (soirs et fins de semaine)	CLSC Rosemont
	6. Services pré et post-hospitaliers	Les CLSC de l'Est de Mtl, Hôp. Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini, Fleury, Inst. Cardiologie
	7. Contrat d'affiliation avec l'Université de Mtl	Université de Montréal

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES (CHSGS)

Établissement (installations)		Entente(s) en cours	Avec
Hôpital Santa Cabrini		***Voir listes CHSLD et CLSC***	
Centre hospitalier de Lasalle	1	Intégration des sages-femmes en centre hospitalier	CLSC Lac St-Louis
Hôpital Jean-Talon	2	Patients polytraumatisés et cranio-cérébraux	CH Sacré-Cœur
	3	Utilisation des services de laboratoire	CLSC La Petite Patrie
	4	Banque de sang (complémentarité et collaboration)	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	5	Autopsie et analyses requises par L.H. Lafontaine	Louis-H. Lafontaine
	6	Accès aux services de centres de jour et de soir, d'urgence et d'hospitalisation pour la clientèle pédopsychiatrique (0-17ans) des territoires des CLSC Villeray et Petite Patrie	Hôpital Sainte-Justine
	7	Suivi clinique de la clientèle MPOC.	CLSC La Petite Patrie, Villeray et Saint-Michel
	8	Collaboration dans un but de coordination et d'articulation des modalités de prise en charge en matière de continuité de soins et services, tant à l'hôpital, au domicile de l'usager ou au CLSC.	CLSC La Petite Patrie, Villeray, Saint-Michel et Parc Extension
	9	Mise sur pied d'un centre d'enseignement sur l'asthme	Association pulmonaire du Québec
	10	Coordination de l'opération d'évaluation des clientèles désignées, de coder les données recueillies.	E.R.O.S. Inc.
	11	Interprétation des traces d'électrocardiogramme au repos.	CLSC Petite Patrie
	12	Prêt au Dr José Firszt et Patrick Jolly de plateaux de vasectomie stériles.	Dr José Firszt - Dr Patrick Jolly
	13	Dr Frantz Raphël fournira des services pédiatrique à Maisonneuve-Rosemont	Maisonneuve-Rosemont
	14	Transfert des ressources dans les CH pour le programme de liaison relevant du département de santé communautaire	Hôp. Saint-Luc et Notre-Dame
	15	Hôp. Sacré-Cœur installe les stimulateurs cardiaques permanents pour les patients de HJT	Hôp. Sacré-Cœur
	16	HTJ transfert les cas de coronographie à St-Luc et la majorité des cas de chirurgie cardiaque.	Hôp. Saint-Luc
	17	Des cardiologue de St-Luc viennent travailler à HJT à raison de 1 semaine/4 sem.	Hôp. Saint-Luc
Hôpital Général du Lakeshore	19	Thérapie inraveineuse dans la communauté	CLSC Lac St-Louis, La Presqu'Île et Pierrefonds
	20	Suivi insuffissance respiratoire chronique	CLSC Lac St-Louis, Pierrefonds, Vieux Lachine et La Presqu'Île
	21	Soins et services à offrir aux personnes diabétiques ou à risque de le devenir	CLSC Lac St-Louis, La Presqu'Île, Pierrefonds, Vieux Lachine
	22	Guichet unique - continuum de services aux personnes âgées	CLSC Lac St-Louis, Pierrefonds, Vieux Lachine
	23	Programme de soins en réadaptation aux patients ayant reçu une intervention chirurgicale de la hanche et/ou du genou	C.H. Catherine Booth
	24	Planification congé à domicile avec période de réadaptation dans leur milieu aux patients ayant subi une arthroplastie	CLSC Lac St-Louis

C.H. Fleury	25	Réalisations d'analyses de laboratoires pour:	Rés. Berthiaume-du-Tremblay, Louvain-Légaré-Laurendeau, CHSLD Marie-Claret, Rés. Les Cascades, Rés. Portofino, Complexe du Domaine St-Sulpice, Manoir Fleury, Rés. Bellerive, Rés. Ignace-Bourget, Rés. Angélica, Srs Notre-Dame du Bon Conseil, Rés. Caroline,
	26	Achats de services de laboratoire	Hôp. Sacré-Cœur, Maisonneuve-Rosemont, CUSM, Hôtel-Dieu, Hôp. Ste-Justine, Cité de la Santé de Laval, Hôp. Louis H.-Lafontaine, Institut de cardiologie, Hôp. Général Juif (pathologie), Hôp. Jean-Talon (autopsies)
	27	Protocole antibioothérapie	Divers CLSC et CH Marie-Clarac
	28	Protocole PTT	Divers CLSC et CH Marie-Clarac
	29	Protocole PTG-PTH	Divers CLSC et CH Marie-Clarac
	30	Banque de cerveaux	Hôpital Douglas
	32	Services juridiques (garde en établissement	Hôp. Louis-H. Lafontaine
	33	Dossier psychiatrique	Hôp. Louis-H. Lafontaine
	34	Prévention des infections	CH Marie-Clarac
CHUM	36	Continuum de services de réadaptation fonctionnelle intensive pour les usagers nécessitant une arthroplastie de la hanche (PTH)	CLSC: Faubourgs, Petite Patrie, St-Louis du Parc, Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve, Villeray, Plateau Mt-Royal et CH Villa Medica
	37	Continuum de soins palliatifs	CLSC: Faubourgs, Petite Patrie,St-Louis du Parc Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve, Villeray, Plateau Mt-Royal et CH Villa Medica
	38	Lits de soins désignés pour soins palliatifs en CHSLD	CLSC: Faubourgs, Petite Patrie, St-Louis du Parc, Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve, Villeray, Plateau Mt-Royal et CH Villa Medica et CHSLD du Plateau Mt-Royal
	39	Projet de désengorgement des urgences, services à domicile de courte durée: profil de convalescence, profil soins palliatifs; profil réadaptation, profil hébergement à domicile.	Les 29 CLSC de la région de Mtl et Rive-Nord
	40	Projet de désengorgement des urgences: services à domicile de longue durée (SIMAD)	Les 29 CLSC de la région de Mtl
	41	Projet de désengorgement des urgences: clientèle psychiatrique (projet de transit pour clientèle)	Ressources privée Olympos, L'Échelon, autres partenaires régionaux
	42	Lits de convalescence active moyen terme	CH Villa Medica, Marie-Clarac
	43	Lits de convalescence active court terme	CH Villa Medica
	44	Modalités d'articulation CHSGS-CHSLD, antibiothérapie intraveineuse	CHSLD: Plateau Mont-Royal, Manoir Cartierville, Lucille Teasdale, Biermans-Triest, Cardinal, Émilie Gamelin, Jeanne-Leber, Saint-Laurent, Rousselot
	45	Activités conjointes pour la semaine des soins palliatifs du 3 au 9 mai 2004	CLSC: Petite Patrie, Faubourgs, St-Louis du Parc, Plateau Mont-Royal, Rosemont

C.H. St. Mary	46	Protocole d'entente pour thérapie intraveineuse pour clientèle dans la communauté	CUSM, Général Juif et Clinique comm. Pointe St-Charles, Côte-des-Neiges, LaSalle, Métro, NDG/Montréal-Ouest, Parc Extension, Pierrefonds, René-Cassin, St-Henri, St-Laurent, St-Louis du Parc
C.H. Lasalle	49	Intégration des sages-femmes	CLSC Lac St-Louis
C.H. Verdun		Aucune ententes formelles	
Institut de cardiologie de Montréal	51	Chirurgie cardiaque, hémodynamie diagnostique et thérapeutique, électrophysiologie	CH Régional de Trois-Rivières, Santa Cabrini
	52	Chirurgie d'urgence (back up chirurgical) pour les cas d'angioplastie. Angioplastie pour les cas complexes qui ne peuvent être effectués au CH Pierre Boucher	CH Pierre Boucher
	53	Chirurgie cardiaque	Cité de la Santé de Laval
	54	Chirurgie cardiaque, hémodynamie diagnostique et thérapeutique	CH Le Gardeur
	55	Chirurgie d'urgence (back up chirurgical) pour les cas d'hémodynamie diagnostique et thérapeutique. Cet hôpital est notre institution de référence pour toutes les pathologies non cardiaques	CH Maisonneuve-Rosemont
	56	Anesthésistes pendant la théraie électro-convulsive à raison d'une demi-journée par semaine	Hôpital Louis-H. Lafontaine
	57	Entente en radiologie, microbiologie et neurologie	CHUM
	58	Installation de défibrillateurs pour les patients de ce CH	CHU de Sherbrooke
	59	Chirurgie cardiaque pour les patients de ce CH	CHVO (Cente hospitalier de la Vallée de l'Outaouais
	60	Services pré et post-hospitaliers	CLSC: Olivier Guimond, St-Léonard, RDP, St-Michel, Mtl-Nord, Mercier-E./Anjou, Rosemont, PAT, Hochelaga-Maisonneuve
Hôpital Général Juif	61	Utilisation des services de laboratoire	CLSC Côte-des-Neiges
	62	Association au groupe de médecine de famille de la clinique HERZL	CLSC Côte-des-Neiges
	63	Partage des frais d'examens de la clientèle sans statut légal	CLSC Côte-des-Neiges
	64	Accès à l'hôpital pour le transfert d'urgence en obstétrique-gynécologie dans le cadre des services de pratique sage-femme offert par le CLSC	CLSC Côte-des-Neiges
	65	Association d'un gynécologue consultant de l'hôpital dans le cadre des services intégrés à la femme enceinte offerts par le CLSC	CLSC Côte-des-Neiges
	66	Accord dans le cadre du Guichet unique pour l'accès aux services de longue durée à la clientèle âgée en perte d'autonomie	CLSC Côte-des-Neiges
	67	Accès à une salle de traitement en cas d'évacuation du CLSC	CLSC Côte-des-Neiges
	68	Protocole d'entente pour thérapie intraveineuse	CLSC René-Cassin
	69	Laboratoire de prélèvement	CLSC René-Cassin
	70	Alimentation entérale à domicile	CLSC René-Cassin
	71	Stérilisation des instruments médicaux	CLSC René-Cassin
	72	Soins de cathéter central de type Broviac, Hickman et PICC	CLSC René-Cassin
	73	Règle de soins concernant l'administration de l'INFUFER	CLSC René-Cassin
	74	Administration d'un régulateur du métabolisme des os de type AREDIA	CLSC René-Cassin
	75	The use o Low Molecular Weight Heparin in Ambulatory patients with deep Vein thrombosis: a joint interdepartmental guideline	CLSC René-Cassin

	76	Psychiatrie: entente soins jeunesse-enfant	CLSC René-Cassin
	77	Protocole pour l'administration de Methylprednisolone sodium succinate par perfusion intraveineuse	CLSC René-Cassin
	78	Traitement de patients externes avec CYTOXAn BOOSTER	Institut Neurologique
	79	Entente pour la présence d'un psychiatre consultant une fois toutes les deux semaines auprès de l'équipe santé mentale	CLSC René-Cassin
Hôpital Général Juif suite	80	Mécanismes de références spécifiques pour suivi à domicile pour la clientèle colostomisée	CLSC René-Cassin
	81	Mécanismes de rérérences spécifiques pour suivi à domicile pour le traitement des plaies	CLSC René-Cassin
	82	Mécanismes concernant les taitements effectués par l'hôpital pour les personnes dialysées lors de leur visites planifiées à l'hôpital pour dialyse	CLSC René-Cassin
	83	Mécanismes de collaboration concernant la clientèle palliative conjointe	CLSC René-Cassin
	84	Comité de liaison des organismes desservant la clientèle de personnes âgées des territoires des CLSC, CDN et RC	St.Mary, 2 CLSC, 3 centres de jours, 2 hôpitaux de jour, 1 organisme communautaire
	85	Entente intersectorielle de partenariat en santé mentale avec les postes de police	4 postes de police et 3 CLSC
	86	Mesures de contrôle et prévention des infections à entérocoques résistant la vancomycine (ERV)	Santé publique
Hôpital Ste-Justine	87	Entente en traumatologie	CH de Trois-Rivières, Sacré-Cœur, Hôtel-Dieu d'Amos, CH Rouyn-Noranda, CH Vallée de l'Oor, Centre de santé Sainte-Famille, Centre de santé Témiscamingue, CR Le Bouclier, CH LeGardeur, CH de Lanaudière, St-Eustache, CH-CR Antoine Labelle, Hôtel-Dieu de St-Jérome
	88	Réseau mère-enfant, entente suprarégionale	Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Cœur, Shriners, Cité de la Santé, Pierre-LeGardeur, Hôtel-Dieu St-Jérôme, CH St-Eustache, CH Laurentien, CH et CR Antoine-Labelle, CH Anna-Laberge, CH de Granby, Régional du Suroît, Hôtel-Dieu de Sorel, CH Charles Lemoyne, CH R
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	89	Services du CIP aux pharmaciens	Académie Jean-Coutu
	90	Entreposage dossiers des archives médicales	Archives Pierce Leahy
	91	Entreposage dossiers des films radiologiques	Archivex Inc.
	92	Services offerts aux personnes traumatisées crânio-cérébrales	Association québécoise des traumatisés crâniens
	93	Centre d'enseignement ressource sur l'asthme (CEA-R)	Association pulmonaire du Québec
	94	Kinésiologue re: programme de réadaptation phys.-cardiologie	Blanchette, Sandra
	95	Experte conseil en gestion des services alimentaires	Bureau, Manon
	96	Services de laboratoire	Centre d'accueil Les Cèdres
	97	Entente concernant des services professionnels à distance en santé mentale	Centre de santé Sainte-Famille
	98	Services de laboratoire	Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie Inc.
	99	Escortes infirm. déplacement hémodynamique - électrophysio.	Centre hospitalier d'Argenteuil

	100	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier d'Argenteuil
	101	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre hospitalier d'Asbestos
	102	Rapport et interprétation d'ECG dynamiques	Centre hospitalier d'Asbestos
	103	Entente concernant des services professionnels à distance en santé mentale	Centre hospitalier de Gaspé
	104	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre hospitalier Côte-des-Neiges
	105	Services de laboratoire	Centre hospitalier Côte-des-Neiges
	106	Services de laboratoire (banque de sang)	Centre hospitalier Fleury
	107	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre hospitalier Guy Laporte Inc./Clin. médicale de l'Est
	108	Services de laboratoire	Centre hospitalier La Grande Rivière
	109	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre hospitalier La Grande Rivière LG2-LG3-LG4
	110	Transfert traumatisés sévères	Centre hospitalier Le Gardeur
	111	Transfert traumatisés sévères	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et CH associés
	112	Transfert des traumatisés	Centre hospiialier Hôtel-Dieu d'Amos et CH associés
	113	Services professionnels à distance en santé mentale	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
	114	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme
	115	Transfert traumatisés sévères	Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme
	116	Services de laboratoire	Centre hospitalier de Lachine
	117	Services professionnels à distance en santé mentale	Centre hospitalier de l'Archipel
	118	Services de laboratoire	Centre hospitalier des Laurentides
	119	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre hospitalier des Laurentides
	120	Transfert des usagers nécessitant une dilatation coronarienne	Centre hospitalier des Laurentides
	121	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier des Laurentides
	122	Rapport et interprétation d'ECG dynamiques, d'ECG, d'EEG, d'EMG	Centre hospitalier Laurentien
	123	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier Laurentien
	124	Transfert des usagers nécessitant une dilatation coronarienne	Centre hospitalier Laurentien
	125	Transfert traumatisés sévères	Centre hospitalier Laurentien
	126	Escortes infirm. déplacement hémodynamique - électrophysio.	Centre hospitalier Laurentien
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal suite	127	Services de laboratoire	Centre hospitalier de Maniwaki
	128	Services en gériatrie	Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci
	129	Service de laboratoires	Centre hospitalier Notre-Dame de Ste-Croix
	130	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier Notre-Dame de Ste-Croix
	131	Transfert des usagers nécessitant une dilatation coronarienne	Centre hospitalier et de réadaptation Antoine-Labelle
	132	Transfert traumatisés sévères	Centre hospitalier et de réadaptation Antoine-Labelle
	133	Escortes infirm. déplacement hémodynamique - électrophysio.	Centre hospitalier et de réadaptation Antoine-Labelle

	134	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier régional de Lanaudière
	135	Services professionnels à distance en santé mentale	Centre hospitalier Rouyn-Noranda
	136	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier St-Eustache
	137	Transfert traumatisés sévères	Centre hospitalier St-Eustache
	138	Services d'anatomo-pathologie	Centre hospitalier St-Eustache
	139	Services de cytologie	Centre hospitalier St-Eustache
	140	Transfert des usagers nécessitant une dilatation coronarienne	Centre hospitalier St-Eustache
	141	Escortes infirm. déplacement hémodynamique - électrophysio.	Centre hospitalier St-Eustache
	142	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre hospitalier St-Eustache
	143	Services de laboratoire	Centre hospitalier St-Sauveur
	144	Rapport et interprétation d'ECG dynamiques	Centre hospitalier St-Sauveur
	145	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Centre hospitalier de Verdun
	146	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Centre de Santé Isle-Dieu et Joutel
	147	Services de laboratoire	Centre médical Iberville
	148	Consultations en psychosomatique	Centre Miriam
	149	Services de laboratoire	Centre Notre-Dame-des-Anges
	150	Utilisation de 5 lits	Centre Notre-Dame-des-Anges
	151	Services de laboratoire	CHSLD St-Jude de Laval
	152	Utilisation de 13 lits d'hébergement transitoire	CHSLD Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne
	153	Utilisation du progiciel Med-Echo Plus	CHUM Informatique
	154	Experte conseil en gestion des services biologie médicale	Choquet, Monique
	155	Crémation et inhumation des cendres de fœtus et bébés mort-nés	Cimetière Notre-Dame-des-Neiges
	156	Services de laboratoire	Clinique l'Initiative
	157	Services aux examens de mammo (CRID)	Clinique Diagnostic Image (St-Martin et Bois-de-Boulogne)
	158	Services de laboratoire	Clinique du Docteure Lisanne Papin
	159	Services de laboratoire	Clinique médicale Avicenne
	160	Services de laboratoire	Clinique médicale Chomedey
	161	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Clinique médicale Hydro-Québec Secteur LG3
	162	Services de laboratoire	Clinique médicale St-André - Laboratoire Biomedic
	163	Services de laboratoire	Clinique de toxicologie de Montréal
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal suite	164	Services de laboratoire	Clinique d'urgence Salaberry
	165	Services de laboratoire	Clinique Uro-Med
	166	Services de laboratoire	Clinique Uro-Services
	167	Services de laboratoire	CLSC Ahuntsic
	168	Services complémentaires dans le cadre du virage ambulatoire	CLSC Ahuntsic
	169	Services de laboratoire	CLSC Bordeaux-Cartierville
	170	Services complémentaires dans le cadre du virage ambulatoire	CLSC Bordeaux-Cartierville
	171	Services de consultation psychyatrique à la clientèle du CLSC Montréal-Nord	CLSC Montréal-Nord
	172	Services de laboratoire	CLSC Norman-Bethune
	173	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	CLSC Petite Nation

	174	Services complémentaires dans le cadre du virage ambulatoire	CLSC Pierrefonds
	175	Services complémentaires dans le cadre du virage ambulatoire	CLSC St-Laurent
	176	Interprétation d'ECG	CLSC / CHSLD St-Laurent
	177	Services de consultation psychogériatrique	CLSC / CHSLD St-Laurent
	178	Services de laboratoire	CLSC St-Laurent / Foyer St-Laurent
	179	Services de laboratoire	CLSC St-Laurent / Fiducie du CLSC du Marigot
	180	Constitution d'un comité maladies pulmonaires professionnelles	Commission des accidents du travail (CSST)
	181	Fournitures de laboratoire	Communauté des Sœurs de La Providence
	182	Interprétation d'ECG	Corporation Inmet - Division Troilus
	183	Clinique du sein (centre de dépistage)	CRID (Entente de services alternatifs relative)
	184	Services de laboratoire	Desaulniers, Chémaly et Ass.
	185	Projet-pilote de reconnaissance vocale	F.J. Communications Inc.
	186	Location de salle au sous-sol de l'Eglise, Ste-Odile, re: PIIC	Fabrique de la Paroisse de Ste-Odile
	187	Ressource pour recherche et coordination - maladies du sang et cancer	Fonds des maladies du sang et du cancer de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
	188	Projet PRIISME en santé respiratoire - volet asthme et MPOC	GlaxoSmithKline
	189	Surveillance des effets indésirables des médicaments au Québec	Gouvernement du Canada
	190	Services de laboratoire	Hôpital Base Force Canadienne St-Jean
	191	Services de laboratoire	Hôpital Cité de la Santé de Laval
	192	Services d'échographie cardiaque	Hôpital Cité de la Santé de Laval
	193	Transfert des usagers nécessitant une dilatation coronarienne	Hôpital Cité de la Santé de Laval
	194	Escortes infirm. déplacement hémodynamique - électrophysio.	Hôpital Cité de la Santé de Laval
	195	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Hôpital Cité de la Santé de Laval
	196	Serv. de consultation psy. à la clientèle gériatrique(Ouest de Laval)	Hôpital Cité de la Santé de Laval
	197	Visites d'enfants/parents au département de zoothérapie	Hôpital Douglas
	198	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Hôpital général Juif
	199	Rapport et interprétation d'ECG dynamiques	Hôpital général LaSalle
	200	Services de laboratoire	Hôpital du Haut-Richelieu
	201	Services de laboratoire	Hôpital Honoré-Mercier
	202	Transfert des usagers nécessitant une dilatation coronarienne	Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme
	203	Escortes infirm. déplacement hémodynamique - électrophysio.	Hôpital Hôtel-Dieu de St-Jérôme
	204	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Hôpital Jean-Talon
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal suite	205	Services de laboratoire	Hôpital juif de Réadaptation
	206	Transfert traumatisés crânio-encéphaliques	Hôpital juif de Réadaptation
	207	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Hôpital Lebel sur Quevillon
	208	Services de radiothérapie	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	209	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	210	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Hôpital Marie-Clarac
	211	Utilisation de lits subaigus	Hôpital Marie-Clarac
	212	Services de laboratoire	Hôpital Marie-Claret

	213	Utilisation du progiciel Med-Echo Plus	Hôpital Notre-Dame
	214	Centre informatisé de réception, interprétation, archivage d'ECG	Hôpital Notre-Dame de Ste-Croix
	215	Services d'échographie cardiaque	Hôpital Notre-Dame de Ste-Croix
	216	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Hôpital Santa Cabrini
	217	Rapport et interprétation d'ECG dynamique	Hôpital Ste-Anne de Bellevue
	218	Services de laboratoire	Hôpital Saint-Joseph de la Providence
	219	Services professionnels	Hôpital Saint-Joseph de la Providence - Fiduciaire du CLSC Bordeaux-Cartierville
	220	Transfert polytraumatisés et traumatisés crânio-encéphaliques	Hôtel-Dieu de Montréal
	221	Services de laboratoire	Infirmerie Chomedey - Sœurs Missionn. du Christ-Roi
	222	Transfert des traumatisés crânio-cérébraux	Institut de réadaptation de Montréal
	223	Consultations en psychosomatique	Institut de réadaptation de Montréal
	224	Programme de réduction périopératoire du sang	Janssen-Ortho Inc.
	225	e-RxEprex, logiciel permettant d'accélérer le remboursement des frais associés au médicament	Janssen-Ortho Inc.
	226	Services de laboratoire	Labo-Medic
	227	Non-responsabilité et indemnité util. sang et produits sanguins	Laboratoires Quélab Inc.
	228	Services de laboratoire du Dr A. Lebrun (typage HLA)	Laboratoire de recherche du Dr André Lebrun
	229	Projet-pilote d'essai de logiciels de gestion des horaires	Lagibert informatique inc.
	230	Chargé de projet DSPH	Laplante, Jacques
	231	Programme périopératoire coagulation	Leo Pharma Inc.
	232	Utilisation des services de laboratoire	Les Verrières du Golf
	233	Archiviste-conseil	Mainville, Claire
	234	Services de laboratoire	Maison Mère des Sœurs Bon Pasteur
	235	Services de laboratoire	Maison Mère des Sœurs de la Miséricorde
	236	Utilisation d'un local pour le programme ambulatoire d'éducation et de réadaptation respiratoire des patients atteints de MPOC	Maison Mère des Sœurs de la Miséricorde
	237	Services de laboratoire	Manoir Cartierville
	238	Services de pharmacie	Manoir Cartierville
	239	Services de consultation psychogériatrique	Manoir Cartierville
	240	Services de laboratoire	Manoir St-Patrice
	241	Services de laboratoire	Marconi Canada
	242	Dépistage de maladies du sommeil	Medigas/Praxair
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal suite	243	Services du CIP	Novopharm
	244	Corridor de services entre le CHSLD-CLSC Nord de l'Ile	Pavillon Notre-Dame de la Merci
	245	Location de biens et services pharmaceutiques	Pavillon Pierre-Joseph Triest
	246	Services de laboratoire	Pavillon St-Joseph - Infirmerie des Sœurs de Ste-Croix
	247	Services de laboratoire	Polyclinique Laval (1991) Inc.
	248	Coordonnateur de l'Urgence	Pouliot, Kathleen
	249	Services de laboratoire	Prélèvements M.G. Enr.

	250	Services de radiologie pour radiographie de la bouche	Radiologie Grenet Inc.
	251	Service téléphonique pour carte d'assurance-maladie	Régie de l'Assurance-maladie du Québec
	252	Service de consultation psychogériatrique	Résidence Berthiaume-Du Tremblay
	253	Services de laboratoire	Résidence Du Confort
	254	Services de laboratoire	Résidence des Frères de Ste-Croix
	255	Services de laboratoire	Résidence de la Salle
	256	Services de laboratoire	Résidence Les Deux Aires
	257	Services de laboratoire	Résidence Riviera Inc.
	258	Services de laboratoire	Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain
	259	Services de consultation psychogériatrique	Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain
	260	Interprétation d'ECG	Services correctionnels du Québec
	261	Services de laboratoire	Services Santé Personnalisés Enr.
	262	Services de laboratoire	Soins de santé Louise et Chantale Enr.
	263	Utilisation de certains locaux de la clinique de la mémoire psychogériatrie	Société Alzheimer de Montréal
	264	Services de réadaptation aux personnes accidentées de la route	Société de l'Assurance Automobile du Québec
	265	Interprétation d'ECG	Société minière Raglan
	266	Déploiement, soutien technique, soutien fonctionnel et évolution du système SIRTF (Ress. d'héberg)	Sogique
	267	Support et évolution de l'application GESTLAB (Laboratoires)	Sogique
	268	MPOC	CLSC Ahuntsic, Bordeaux-Cartierville, Montréal-Nord,St-Laurent
	269	Services d'entretien pour équipements médicaux	ACTION SPORT /PARC OLYMPIQUE,
	270		C.A. MANOIR CARTIERVILLE
	271		C.H. ANGRIGNON /Pavillon LASALLE
	272		C.H. DE LACHINE
	273		C.H. FLEURY
	274		C.H. J.-HENRI CHARBONNEAU
	275		C.H. JACQUES VIGER
	276		C.H. MONT-SINAI
	277		C.H.S.L.D. ET C.L.S.C. SAINT-LAURENT
	278		C.H.S.L.D. JEANNE LEBER
	279		C.H.S.L.D. LES HAVRES
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal suite	280	Services d'entretien pour équipements médicaux (suite)	C.H.S.L.D. LES RÉSIDENCES MANCE-DÉCARY
	281		C.H.S.L.D. LUCILLE TEASDALE
	282		C.H.S.L.D. MONTRÉAL-NORD / PAUL-LIZOTTE
	283		C.H.S.L.D. PAUL-GOUIN
	284		C.H.S.L.D. RÉSIDENCE ST-CHARLES BORROMÉE
	285		C.H.S.L.D. STE-MARGARET
	286		C.HEB. CHAMPLAIN MARIE-VICTORIN

	287		C.L.S.C. AHUNTSIC
	288		C.L.S.C. CÔTE-DES-NEIGES
	289		C.L.S.C. LAC SAINT-LOUIS
	290		C.L.S.C. PIERREFONDS
	291		C.L.S.C. SAINT-LÉONARD
	292		C.L.S.C. ST-LOUIS-DU-PARC
	293		C.L.S.C.-C.H.S.L.D. DE ROSEMONT
	294		CENTRE D'ACCUEIL LASALLE
	295		CENTRE D'ACCUEIL RÉAL MOREL
	296		CENTRE DE PHYSIOTHÉRAPIE PIERREFONDS
	297		CENTRE DE RÉADAPTATION MARIE-ENFANT
	298		CENTRE DE SOINS PROLONGÉS
	299		CENTRE D'HEBERGEMENT SAINT-VINCENT-MARIE
	300		CHSLD-CLSC NORD DE L'ILE/PAV. NOTRE-DAME DE LA MERCI
	301		CHSLD-CLSC NORD-DE-L'ILE/PAV.ST-JOSEPH DE LA PROVIDENCE
	302		CLINIQUE DE PHYSIATRIE BOIS-DE-BOULOGNE
	303		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE AHUNTSIC
	304		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE ÉDOUARD MONTPETIT
	305		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE GEORGIA ROUSSOS
	306		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE IMPACT
	307		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE LASALLE
	308		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE POINTE-CLAIRE
	309	Services d'entretien pour équipements médicaux (suite)	CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE ROSEMONT
	310		CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE STE-CATHERINE
	311		CLINIQUE PHYSIO 2000
	312		CUSMM
	313		ÉTABLISSEMENT HORS CONTRAT (# CLIENT FLEXIBLE)
	314		FOYER ROUSSELOT
	315		HÔPITAL CHINOIS
	316		HÔPITAL DE CONVALESCENCE JULIUS RICHARDSON
	317		HÔPITAL DE RÉADAPTATION LINDSAY

	318		HÔPITAL DE RÉADAPTATION VILLA MEDICA
	319		HÔPITAL DOUGLAS
	320		HÔPITAL GRACE DART
	321		HÔPITAL JEAN-TALON
	322		HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE
	323		HÔPITAL MARIE-CLARAC
	324		HÔPITAL NOTRE-DAME DE LOURDES
	325		INSTITUT DE RÉADAPTATION DE MONTRÉAL
	326		INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL
	327		LES RÉSIDENCES LAURENDEAU, LÉGARÉ, LOUVAIN
	328		MAISON MÈRE DES SOEURS DE LA PROVIDENCE
	329		MAISON MÈRE DES SOEURS DE STE-ANNE
	330		MAISON MÈRE SAINTS-NOMS-JÉSUS-MARIE
	331		MÉDECINE SPORTIVE CONCORDIA
	332		MULTICLINIQUE PERSONNES ACCIDENTÉES (CAMI Inc)
	333		PAVILLON ST-JOSEPH
	334		PHYSIMED
	335		PHYSIO EXTRA
	336		PHYSIOTHÉRAPIE B.L.B.
	337		PHYSIOTHÉRAPIE MAHEU KILLENS
	338		PHYSIOTHÉRAPIE MONT-ROYAL & RIVE-SUD
	339		RÉADAPTATION SACRE-CŒUR
	340		RÉSIDENCE LAURENDEAU
	341		VIGI SANTÉ LTEE
CUSM	342	Protocole d'entente: soins pré et post hospitaliers offerts à la clientèle adulte dans la communauté	CLSC: CDN, Lac St-Louis, Lasalle, Métro, NDG, St-Henri, St-Louis du Parc, Clinique comm. Pte St-Charles, Parc Extension,
	343	Protocole pour le traitement ambulatoire d'une thrombose veineuse profonde	CLSC: CDN, Lac St-Louis, Lasalle, Métro, NDG, St-Henri, St-Louis du Parc, Parc Extension, CH: HGJ, St. Mary
	344	Protocole d'entente pour thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté	CLSC: CDN, Lac St-Louis, Lasalle, Métro, NDG, St-Henri, St-Louis du Parc, Clinique comm. Pte St-Charles, Parc Extension CH: HGJ, St. Mary
	345	Protocole pour le traitement ambulatoire de l'insuffisance cardiaque chronique (Lasix intraveineux)	CLSC Verdun
	346	Programme de réadaptation intensive ambulatoire (PRIA - suivant la pose d'une prothèse de la hanche ou du genou)	CLSC Métro, C.H. de réadaptation Lindsay

	347	Soins palliatifs	CLSC NDG, Métro, CDN, St-Louis du Parc, René-Cassin
	348	Corridor de services CH-CLSC: alimentatin entérale à domicile	CLSC CDN, Lasalle, Métro, NDG, Pierrefonds, René-Cassin, St-Laurent, St-Louis du Parc, parc Extension , Clin. Comm. Pt St.Charles, CH Gén. Juif, St.Mary
	349	Corridor de services CH-CLSC Métro pour patients ayant un traumatisme orthopédique mineur	CLSC Métro
	350	Protocole d'entente pour thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté: Pamidronate diasodique (Adridia)	CLSC: CDN, Lasalle, Métro, NDS, Pierrefonds, René-Casin, St-Laurent, St-Louis du Parc, parc Extension, Clinique comm. Pt St-Charles, CH G.Juif, St. Mary
	351	Protocole d'entente pour thérapie intraveineuse pour la clientèle adulte dans la communauté : Solumedrol	CLSC: CDN, Lasalle, Métro, NDS, Pierrefonds, ené-Casin, St-Laurent, St-Louis du Parc, parc Extension, Clinique comm. Pt St-Charles, CH G.Juif, St. Mary
	352	Protocole de continuum de soins pour la clientèle avec le cancer: Gestion des symtômes et suivi clinique	CLSC: Métro, NDG, Lac St. Louis, CH G.Juif, St. Mary.
Hôpital de Montréal pour enfants	353	Modalités d'articulation CHSCD-CLSC- médecins traitants	CHSCD-CLSC-MD-RR
	354	Corridor de services CH-CLSC pour alimentation entérale à domicile	CLSC Métro, René-Cassin, Côte-des-Neiges, St-Mary,
	355	Protocole de transfert de clientèle polytraumatisé pédiatrique	CH Ste-Justine, Marie-Enfant, Haweksbury, St-Jérome, Lachute, St-Agathe, St-Eustache, Antoine Labelle, Montérégie, CH Granby
	356	Contrats de services professionnels	CH Ste-Justine, Marie-Enfant
	357	Protocole d'entente	Centre de réadaptation MacKay
Hôpital Lachine		***Voir listes CHSLD***	

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES (CHSP)

Établissement (installations)		Entente(s) en cours	Avec
Hôpital Louis H. Lafontaine - DSI	1	Offre de service aux usagers en DI	Maison Dandurand
	2	Support ressources CHSLD	CHSLD Émilie Gamelin
	3	Transfert de 24 clients (entente tripartite)	CHSLD Jeanne LeBer
Hôpital Louis H. Lafontaine - Centre de recherche Fernand-Séquin	4	Association des chercheurs RDP	Hôpital Rivière-Des-Prairies
	5	Contrat de recherche clinique (CN-138-032)	Bristol-Myers (1908)
	6	Recherche évaluative	Statistique Canada (ESCC)
	7	Recherche évaluative (SIM)	Centre hospitalier Pierre-Boucher
	8	RIS-INT-35	Janssen-Ortho Inc (Budget 769)
	9	M100907	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Budget 1836)
	10	Étude pilote	Pharmacia & Upjohn Cie. (Budget 1849)
	11	F1D-CA-0047	Lilly (Budget 1867)
	12	NSOS	Janssen-Ortho Inc. (Budget 1869)
	13	FID-MC-HGHB	Lilly (Budget 1874)
	14	SA-NAD-0021	AstraZeneca (Budget 1885)
	15	Zip-NY-98-035	Pfizer (Budget 1889)
	16	Ris-Int-63	Janssen-Ortho Inc. (Budget 1890)
	17	CN-138-002	Bristol-Myers (Budget 1893)
	18	5077CN/0014	AstraZeneca (Budget 1902)
	19	Schizo-toxico	Astra Zeneca (1916)
	20	MFCC-062-00	Merk Frost (1917)
Hôpital Louis H. Lafontaine - Service des Centres et modules de réadaptation	21	Sports/Loisirs	L'Echelon
	22	Sports/Loisirs	Loisirs St-Donat
	23	Formation SFIS et Musicothérapie	C.S.Pointe de l'Ile
	24	Intégration de personnes bénévoles	Environ 60 osbl via le Programme Perspectives
	25	Commercial	Environ 50 compagnies

	26	Sports Loisirs	Ville de Montréal: piscine Morgan, Centre Pierre Charbonneau, Piscine Hochelaga
Hôpital Louis H. Lafontaine - Service des Loisirs	27	Location de piscine	Y.M.C.A.
	28	Location des services d'animation(32périodes)	ZOOTHÉRAPIE QUÉBEC
	29	Location des services d'artistes	(Liste à venir en annexe)
	30	Fête Nationale du Québec	SOCIÉTÉ ST-JEAN-BAPTISTE
	31	Location de séjour (5jours)	BASE DE PLEIN AIR PERCE-NEIGE
Hôpital Louis H. Lafontaine - Direction des services professionnels	32	Services juridiques spécialisés	CLSC Olivier-Guimond
	33	Services juridiques spécialisés	CLSC Hochelaga-Maisonneuve
	34	Services juridiques spécialisés	CH Fleury
	35	Services juridiques spécialisés	CH Lakeshore
	36	Services juridiques spécialisés	CH Douglas
	37	Services juridiques spécialisés	CH Rivière-des-prairies
	38	Pathologie – achats	Hôpital Jean-Talon
	39	Banque de sang – achats	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	40	Analyses de laboratoire – vente	Hôpital Rivière-des-Prairies
	41	Cas d'urgence en chirurgie générale	Hôpital Santa-Cabrini
	42	Services professionnels en pastorale	Congrégation St-Esprit
	43	Soins dentaires	CHSLD Jeanne-Leber
	44	Soins dentaires	Pavillons de l'hôpital
	45	Stages étudiants 4ième année en médecine dentaire	Université de Montréal
	46	Entente pour consultation d'urgence en médecine et en anesthésie	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	47	Stagiaires en ergothérapie 1ère année, 3e année, et 2 journées cliniques	Université de Montréal
	48	Traitements de physiothérapie et de traitements d'ergothérapie en médecine physique	Institut Philippe Pinel
	49	Facturation pour services rendus en physiothérapie et ergothérapie physique	CSST
	50	Radiologie – Services professionnels	Tomo-Concorde
	51	Projet de dévelloppement de services pour les usagers parents d'enfants mineurs. Un travailleur social coordonne ce projet avec le responsable de l'OSBL	RRMC ET OSBL Une Heure Répit

	52	Fournir à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine les services de pharmacie relatifs à la préparation des agents antinéoplasiques et le service de récupération des déchets antinéoplasiques pour destruction spéciale	Hôpital Santa-Cabrini
	53	Biochimiste clinique	Hôpital Maisonneuve-Rosement
	54	Banque de sang	Hôpital Maisonneuve-Rosement
	55	Stage étudiantes hygiène dentaire	Cégep Edouard-Montpetit
	56	Stage étudiantes hygiène dentaire	Cégep Maisonneuve
	57	Stage étudiantes assistance dentaire	École de formation de Châteauguay
	58	Stage étudiantes assistance dentaire	Ecole de formation Pierre Dupuis
	59	Projet de recherche en hygiène dentaire	Centre de recherche Fernand-Séguin et Université de Montréal
	60	Stages en pharmacie d'hôpital,	Université de Montréal
	61	Stages étudiants: assistant technique en pharmacie	École des métiers des Faubourgs
	62	Stages étudiants: assistant technique en pharmacie	École de formation professionnelle de Châteauguay
Hôpital Louis H. Lafontaine - Département de psychiatrie	63	Entente de service	Centre LeRoyer
	64	Entente de service	CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
	65	Entente de service	CHSLD Champlain Marie-Victorin
	66	Entente de service	CHSLD Notre-Dame-de-Lourdes
	67	Entente de service	Foyer Rousselot
	68	Entente de service	CHSLD Émilie-Gamelin,
	69	Entente de service	Armand Lavergne
	70	Entente de service	Centre d'hébergement longue durée Biermans-Triest
	71	Entente de service	Centre Dollard-Cormier
	72	Entente de service	Centre d'accueil Ma Maison St-Joseph
	73	Entente de service	CHSLD Lucille Teasdale
	74	Entente de service	(Pavillon Éliora Lepage, Pavillon Maisoneuve,
	75	Entente de service	Pavillon J. Henri Charbonneau
	76	Entente de service	CHSLD Jeanne-Leber
	77	Entente de service	Clinique Cormier-Lafontaine
	78	Entente de service	
	79	Entente de service	Centre de soins prolongés
	80	Entente de service	Grace Dart
	81	Entente de service	CHSP de l'Abitibi-Témiscamingue
	82	Entente de service	Centre hospitalier Fleury
	83	Entente de service	

	84	Entente de service	Centre hospitalier régional de Sept-Iles
	85	Entente de service	
Hôpital Louis H. Lafontaine - Direction de l'enseignement	86	Stages	Cégep de St-Laurent
	87	Stages	Cégep de St-Jérôme
	88	Stages	Cégep Bois-de-Boulogne
	89	Stages	Collège de Maisonneuve
	90	Stages	Compétence 2000
	91	Stages	Cégep du Vieux-Montréal
	92	Stages	École des métiers des Faubourgs de Montréal
	93	Stages	Collège Édouard Montpetit
	94	Stages	Collège Montmorency
	95	Stages	Cégep Marie-Victorin
	96	Stages	Cégep André Laurendeau
	97	Stages	Université de Montréal
Hôpital Rivière-des-Prairies	98	Services dentaires	Centre Le Florès (Contrefort)
	99	Services dentaires	Centre les Filandières
	100	Consultations psychiatriques	Centres jeunesse de Montréal
	101	Services dentaires	Centre de réadaptation Antoine Labelle
	102	Services dentaires	Centre de réadaptation Ouest de Montréal
	103	Services dentaires	Communauté L'Arche Beloeil Inc.
	104	Services dentaires, consultations psychiatriques	Gabriel Major incl.Charleroi, Les Marronniers, A la croisée
	105	Services dentaires	CRDI Lisette Dupras (J-Olivier Chénier)
	106	Services dentaires	CRDI Normand Laramée (Résidence Louise Vachon)
	107	Services dentaires	CRDI L'Intégrale
	108	Services dentaires	CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville
	109	Consultations psychiatriques	CLSC Rivière-des-Prairies
	110	Services dentaires	CLSC-CHSLD D'autry
	111	Communication	DSC Sacré-Cœur
	112	Recherche-Enquête Santé Québec	DSC Maisonneuve
	113	Échange d'informations et de savoir-faire	CH St-Jean-de-Dieu (France)
	114	Services médicaux, Audiologie etc. Entente Service avocat (garde en établissement, Vidéofluoroscopie, Laboratoire	Hôpital Louis-H. Lafontaine
	115	Ophtalmologie, urgence – observation – hospitalisation	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	116	Gynécologie	Hôpital Pierre Boucher

	117	Services médicaux	Hôpital Santa-Cabrini
	118	Collaboration dans contrat sous-traitance (ateliers)	Institut Pinel - Hôpital Louis H. Lafontaine
	119	Consultation psychiatrique	Institut Raymond Dewar
	120	Lecture radiographies	Clinique de radiologie Montréal-Nord
	121	Scolarisation, Services cliniques professionnels	Commission scolaire Pointe-de-l'Ile
	122	Entente activités de formation/stage	Écoles le Prélude et Marc Laflamme
	123	Entente pour échange évaluation de condition physique	Fédération du sport adapté
	124	Chalet	O.S.B.L. Accès Plein Air
	125	Résidences pédopsychiatriques	O.S.B.L. La Traversée
	126	Résidence Le Tournesol, Résidences adultes	O.S.B.L. La Traversée + L.H. Lafontaine
	127	PAFA	O.S.B.L. L'Intégral
	128	Location de biens et services	Pavillon Claude et Claire
	129	Services dentaires	Pavillon Ste-Marie
	130	Services dentaires	Résidence Ste-Marguerite Inc.
	131	Résidences	Terre des Jeunes
	132	Affiliation	Université de Montréal
Institut Philippe Pinel de Montréal	133	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Cégep de Bois-de-Boulogne
	134	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Collège Edouard-Montpetit
	135	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Cégep régional de Lanaudière
	136	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Cégep Marie-Victorin
	137	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Collège Montmorency
	138	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Cégep St-Jérôme
	139	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Collège de Valleyfield
	140	Stages de formation (psychiatrie, criminologie, psychologie, etc.)	Cégep du Vieux-Montréal
	141	Affiliation	Université de Montréal
	142	Services relatifs à des activités d'enseignement ou de formation	Université du Québec à Montréal
	143	Services relatifs à des activités d'enseignement ou de formation	Université du Québec à Trois-Rivières
	144	Services relatifs à des activités d'enseignement ou de formation	Université McGill
	145	Services de soins psychiatriques	Service correctionnel du Canada (SCC)
	146	Séjours des patients	Immigration-Canada
	147	Protocole d'entente–centre de travail-Sismothérapie	Louis-H. Lafontaine, Hôpital R-D-P et IPPM
	148	Analyse laboratoire, sismothérapie	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
	149	ECG	Institut de cardiologie de Montréal
	150	Partage des frais de bureau pour le PAE	Hôpital Jean-Talon

	151	Demandes d'évaluation psychiatriques présentencielles	Direction régionale de la Probation de Montréal
	152	Services d'expertises et d'évaluation aux prévenus, détenus, aux personnes en probation ou en libération conditionnelle, etc.	Ministère de la Sécurité publique
	153	Protocole de services interétablissements	Établissement de détention de Montréal
Institut Philippe Pinel de Montréal (suite)	154	Activités d'enseignement – adultes	Commission scolaire de Montréal
	155	Enseignement aux adolescents – École Guy-Vanier	Commission scolaire de la Pointe-de-l'Ile
	156	Protocole de services inter-établissements	Les Centre jeunesse de Montréal
	157	Traitement de la literie	Centre de détention pour femmes de Mtl
	158	Entente de service – clientèle psychiatrie-justice	Urgence psycho-social (UPS)
	159	Services de pastorale	Archevêché de Montréal
	160	Contrat de service avec une agente de communication	Laquerre Marketing et communications
	161	Service d'entretien préventif pour appareil de radiographie	Medicaltronik
	162	Service de nettoyage	Compagnie Chatel
	163	Achats de groupe	Approvisionnement-Montréal
	164	Bail pour le Centre de psychiatrie légale de Montréal	La compagnie 101559 Canada Inc.
	165	Conférence inter-établissement en ressources humaines Co-développement des ressources humaines	Partenariat avec les trois autres CHSP
	166	Subvention à la Fondation , en partenariat avec les autres CHSP de Montréal et l'agence de développement de Montréal pour le plan de communication visant à sensibiliser le public à la créativité des patients	Les impatients
Hôpital Douglas	167		Clinique Communautaire de Pointe Saint-Charles
	168		Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
	169		Les Centres de jeunesses de Montréal
	170		Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
	171		Chalets d'enfants Primavesi
	172		Centre d'accueil Jean-Olivier Chénier, Centre d'accueil La Spirale, le Centre Miriam
	173		Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval
	174		Hôpital Douglas, Résidence Yvon-Brunet et la Régie régionale
	175		Hôpital Douglas, MSSS, Régie Montréal-Centre
	176		Le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
	177		Hôpital St-Mary
	178		Centre hospitalier de Verdun (2)
	179		Catholic Community Services

	180		Forum économique de Verdun
	181		L'Autre Maison
	182		Certex
	183		BRACKERS INVEST. LTÉE (logements situés au 4948, rue Wellington)
	184		Camp Papillon
	185		Impact
	186		Mie Populaire
	187		Le poste de quartier 16 de la communauté urbaine de Montréal
	188		Société pour les Enfants Handicapés du Québec (SEHQ)
	189		Foyer Beaudoin
	190		Pavillon des Pins
	191		Pavillon Bonne Étoile
	192		Emploi Québec (2)
	193		Régie de l'assurance maladie du Québec
	194		CREP (Centre de ressources éducatives et pédagogiques)
	195		Commission scolaire Lester B. Pearson

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES (CRDI)

Établissement (installations)			Avec
Centre de réadaptation de l'Ouest de l'ile		Services psychiatriques	Hôpital Douglas
	2	Services dentaires	Hôpital Rivière-des-Prairies
	3	Services aux populations anglophone et francophone sur les territoires des deux établissements.	Centre de réadaptation Lisette-Dupras
	4	Services spécifiques aux usagers qui relèvent de cette juridiction	CRDI Montérégie-Est; Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James Centre de réadaptation Gabrielle-Major Centre de réadaptation L'Intégrale Centre de santé Inuulitsivik Hôpital Douglas Services communautaires Kahnawake Shakotiia'Tadehnhas Centre de réadaptation Miriam Centre de réadaptation Normand-Laramée Centre de réadaptation Sud-Ouest et Renfort Services de santé et services sociaux Iqaluit
Centre de réadaptation Lisette-Dupras		Complémentarité de services pour la clientèle anglophone	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
	6	3 lits d'hospitalisation en psychiatrie	Hôpital Douglas
	7	1 lit en observation et une demi-journée de consultation par semaine;	
	8	Services dentaires	Hôpital Rivière-des-Prairies
Le Centre Miriam	9	Ressource conjointe pour les besoins en répit/réadaptation de la clientèle de l'Association Montréalaise pour les Aveugles de même que les besoins en répit/communauté des usagers du Centre Miriam	Association Montréalaise pour les Aveugles et l'Association Lou-Greenberg
	10	Services psychiatriques pour fins d'observation, d'évaluation et de traitement	Hôpital Douglas
	11	Services de psychologie	
	12	Services de consultation externe	

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major		Programme soutien dans la communauté pour usagers inscrits ou admis	Hôpital Louis-H. Lafontaine
	14	Services dentaires	Hôpital Rivière-des-Prairies
	15	Soins infirmiers et gestion de la santé sécurité au travail	CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles
	16	Mise en place d'un Service d'apprentissage d'habiletés de travail (SAHT) dans une école de la CECM	CECM
	17	Entente concernant un processus conjoint d'accès et de planification des services	Centres jeunesse de Montréal
	18	Recherche	Les 5 CRDI de Montréal
	19	Coordination des activités de la Table de concertation des 5 CRDI	Les 5 CRDI de Montréal
	20	Système SIRTF	Sogique
	21	Activité de théâtre pour des usagers	Centre d'arts et de loisirs Les Muses
	22	Répit (enfants provenant de familles naturelles)	La Traversée
	23	Services de jour	Maji-Soi inc
	24	Programme de loisirs	Compagnons de Montréal
	25	Activités de jour	Compagnons de Montréal
	26	Activités quilles	Compagnons de Montréal
	27	Services de formation à l'intégration sociale	Commission scolaire Pointe-de-L'Ile Hôpital Rivière-des-Prairies CRDI Gabrielle-Major CRDI L'Intégrale
	28	Services socioprofessionnels pour 5 usagers	Centre Miriam
	29	Services socioprofessionnels	CRDI La Myriade
	30	Hébergement – répit	Hôpital Ste-Justine
	31	Séjour-évaluation	CRDI de l'Ouest de Montréal
	32	Achat de services socioprofessionnels	CRDI de l'Ouest de Montréal
	33	Projet d'expérimentation d'un processus d'accès entre les CLSC de l'Est de Montréal et le CRDI Gabrielle-Major	CLSC / CRDI Gabrielle-Major
	34	Entente entre la clinique externe TED 0-17 ans du programme des troubles neurodéveloppementaux	Hôpital Rivière-des-Prairies et CRDI Gabrielle-Major
	35	Coûts de financement pour services spécialisés	PREM (15 janvier 2004 au 29 mars 2004)
	36	Coûts de financement pour services spécialisés	PREM (1er juillet 2003 au 30 novembre 2003)

Services des réadaptation L'Intégrale		Entente de gestion et d'imputabilité	Agence de développement de Montréal
	38	Contrat d'affiliation - Programme en éducation spécialisée	Cégep du Vieux Montréal
	39	Programme de reconnaissance des acquis (pour obtention d'un D.E.C. en techniques d'éducation spécialisée)	Cégep Marie-Victorin / Syndicats / L'Intégrale
	40	Processus conjoint d'accès aux services	Centre Jeunesse de Montréal
	41	Services à Azane Erzvah	Centre Miriam
	42	Contrat d'affiliation – Programme en éducation spécialisée	Collège Marie-Victorin
	43	Services d'intervention précoce spécifique aux enfants présentant des troubles envahissants du développement	CPE Les abeilles bricoleuses / Paroisse Saint-André-Apôtre / L'Intégrale
	44	Achat de services	CR de l'Ouest de Montréal
	45	Location de l'immeuble du 2221 Benny, Montréal (propriété de L'Intégrale)	CR de l'Ouest de Montréal
	46	Entente de service pour Cynthia Charbonneau Watier	CR Lisette-Dupras
	47	Engagement commun pour une mission et vision commune du réseau de l'institut universitaire en santé mentale	Hôpital Louis-H.-Lafontaine
	48	Services dentaires	Hôpital Rivière-des-Prairies
	49	Attribution de logements à loyer modique à des usagers	Office municipal d'habitation de Montréal-Nord
	50	Entente de service pour Marc-André Payette	Promotions sociales Taylor-Thibodeau
	51	Entente de service pour Marie-Claude Meilleur	Promotions sociales Taylor-Thibodeau
	52	Vérification des antécédents des candidats de L'Intégrale appelés à travailler auprès de personnes vulnérables	Service de police de la Ville de Montréal
	53	RI de type milieu de groupe de répit spécialisé en cours de l'année 2003-2004	Société pour les enfants handicapés du Québec – Résidence Papillon
	54	10 cours du Certificat d'intervention en déficience intellectuelle à un groupe d'intervenants	Université de Montréal

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES (CRDP-CHR)

Établissement (installations)			Avec
Institut Raymond-Dewar (CRDP)	1		CLSC Côte St-Paul/Verdun
	2		CLSC du Ruisseau-Papineau
	3		CLSC - CHSLD de Rosemont
	4		CLSC Olivier-Guimond
	5		Manoir Cartierville/Centre de jour Roland Major
	6		Hôpital juif de réadaptation
	7		Institut Nazareth et Louis-Braille
	8		Hôpital Sainte-Justine
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRDP)		Ententes de collaboration avec les CLSC	Ahuntsic, des Faubourg, du Plateau Mt-Royal, Petite Patrie, Villeray, St-Louis du Parc, Parc Extension, Métro, Saint-Laurent, Olivier-Guimond
	10	Entente de services relative au plan de services individualisés d'un usager du CRLB	CLSC des Faubourgs
	11	Téléréadaptation, support utile et efficace pour la prestation de service en déficience physique	CHSLD Champlain - Manoir Verdun, Manoir Cartierville et Institut universitaire de gériatrie de Montéal.
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRDP)		Assurer le continuum de services - Articulations CH-CLSC-CHSLD	C.H.S.L.D.: Bayview, Bierman-Triest, Bourget, Bussey (Qc), Father Dowd, Résidence Riviera, Dante, Denis Benjamin-Viger, Foyer Presbitérien de St.andews, Henri Bradet, Lasalle, Le Cardinal, St-Margaret, Clinique Comm. Pte St-Charles, CLSC: Côte-des-Neiges, Lac St-Louis, Lasalle, Métro, Montréal-Nord, Notre-Dame-de-Grâce, Parc Extension, Pierrefonds, René-Cassin, St-Henri, Verdu/Côte St-Paul, Vieux Lachine, Du Ruisseau Papineau, Nord de l'Ile, St-Laurent.
Centre de réadaptation Lindsay (CHR)	13	Référence de bénéficiaires	CLSC: Côte-des-Neiges, Vieux Lachine, Pierrefonds, Métro, René-Cassin, Pointe St-Charles, St-Laurent
Hôpital Marie-Clarac (CHR)		Services de laboratoires	C.H. Fleury

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

(Centre de réadaptation dépendances : alcoolisme et toxicomanies)

Établissement (installations)		Titre de(s) entente(s) en cours	Avec quel établissement ou organisme
Centre Dollard Cormier	2	Entente de service - partenariat	Centres jeunesse de Montréal
	3		C.S.D.M.
	4		CRAN
	5		Centre Foster
	6		Jean Lapointe - adolescents
	7		C.H.U.M.
	8		Jacques Viger
	9		Centre Pierre Péladeau
	10		Entrée libre
	11		Petites mains
	12		Bureaux d'Antoine
	13		Formétal
	14		Buffet Insère-Jeunes
	15		Cuisine collective HM
	16		Resto-Plateau
	17		Centre Eurêka
	18		G.I.T.
	19		Groupe Plein Emploi
	20		CRE de l'Est
	21		CRE Centre-Nord
	22		Transit
	23		AMRAC
	24		Accès-Cible SMT
	25		S.O.S. Vélo
	26		Distributions L'Escalier
Centre d'acceuil le Programme de Portage			Renaissance
	28		Centre Jeunesse Batshaw
	29		CLSC St-Henri
	30		CH Douglas - Clinique externe St-Henri
	31	Entente MSSS/MEQ	YMCA Montréal centre
	32	Entente MSSS/MEQ	Commission scolaire Lester B Pearson
	33		Commission scolaire St-Jérôme
	34		Ministère de la Sécurité publique
	35		Services Correctionnels Canadien
			Centre André Boudreau St-Jérôme

ENTENTE(S) INTERÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES (CJ et CR jeunesse)

Établissement (installations)		Titre de(s) entente(s) en cours	Avec quel établissement ou organisme
Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw		Ententes de gestion et imputabilité 2003/2006	Agence de développement de reseaux locaux de services de santé et services sociaux de Montréal
	2	Contrat de services (Visites supervisées)	Les services familiaux AMCAL
	3	Contrat de services (Ressources intermédiaires)	Les services d'aide à la famille Juive de l'institut Baron de Hirsch
	4	Entente de services (pour établir un comité consultatif Noir aux Centres Batshaw)	Le Centre de ressources de la communauté Noire
	5	Cadre de collaboration	CPE de l'Île de Montréal, Regroupement CLSC de Montréal, Cj de Montréal et Cj Batshaw
	6	Ententes de prestation de services professionnels	Centre jeunesse de la Montérégie
	7	Transport sécuritaire - Cité des Prairies	Centre jeunesse de Montréal
	8	Intervenant social - Cité des Prairies	Centre jeunesse de Montréal
	9	Protocole d'entente (Service d'expertise psycho-sociales à la Cour supérieure)	Centre jeunesse de Montréal
	10	Entente de prestation de services professionnels EN DÉVELOPPEMENT	Centre jeunesse des Laurentides
	11	Entente pour utilisation des lieux et prestation de services professionnels	Centre jeunesse de Laval
	12	Entente de services EN DÉVELOPPEMENT	CORM
	13	Ententes de services	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (The Inuulitsivik Health Center et The Ungava Tulattavik Centre)
	14	Entente de service	Commission scolaire English Montreal
	15	Entente de service	Commission scolaire Lester B. Pearson
	16	Entente de service	Commission scolaire Sir Wilfrid Laurier
	17	Guide de collaboration	CLSCs et Centres jeunesse
	18	Entente de services (Pédopsychiatrie)	Le Centre hospitalier Douglas
	19	Lettre d'entente (Services offerts à la population juive)	Fédération CJA
	20	Entente de services	Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
	21	Entente (Plan d'urgence en cas de sinistre)	CLSC Métro
	22	Entente inter-centres jeunesse relative aux système d'information	Cj Chaudière-Appalaches, Cj de Québec, Cj de la Montérégie, Cj de Montréal, Cju de la Mauricie et du Centre du Québec.
	23	Protocle d'entente	Projet 10 (organisme communautaire)

	24	Protocole de collaboration avec le SPVM - EN DÉVELOPPEMENT	Service de police de la ville de Montréal
	25	Protocole d'entente avec le SPVM (vérification des antécidants des employé(es) oeuvrant auprès de personnes vulnérables	Service de police de la ville de Montréal
	26	Contrat de Service (Système de paie)	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
	27	Entente de services (stagiaires)	Collège John Abbot
	28	Entente de service (stagiaires)	Champlain Regional College - Lennoxville
	29	Entente de services (stagiaires)	Cegep Maisonneuve
	30	Entente de services (stagiaires)	Cegep de St-Jérome
	31	Entente de services (stagiaires)	Université d'Ottawa
	32	Entente de services (Accès aux fiches de mariage et décès)pour le programme Retrouvailles	Société généalogique de Québec
Maison Élizabeth	33	Family Assistance - Family Preservation	Batshaw Youth and Family Centres
	34	Payroll services	Batshaw Youth and Family Centres
	35	Psychological Consultation Services	Batshaw Youth and Family Centres
	36	Parental Capacity Assessment Services	Batshaw Youth and Family Centres
	37	Training and Staff Development	Batshaw Youth and Family Centres
	38	Programme de soutien aux jeunes parents partnership	CLSC NDG/Mtl -Ouest
	39	Liaison / Partnership for Social Worker Services	CLSC NDG/Mtl -Ouest Enfance-Jeunesse Team
	40	Services to Young Fathers / Young Fathers Program	Catholic Community Services
	41	Entente MEQ-MSSS Educational Services to Young Mothers	English Montreal School Board
	42	Consultation Services (Psychiatric)	Adolescent Clinic, Montreal Children's Hospital
	43	Watch, Wait and Wonder Program (Mother/Infant relationship building program for mothers with conduct disorders)	Adolescent Clinic, Montreal Children's Hospital
	44	Born to Read Literacy and Bonding Program	Delta Kappa Gamma Society
	45	Emergency Shelter Agreement	Trinity Memorial Church
	46	Emergency Measures Agreement	Queen Elizabeth Health Complex
	47	Transitional Housing Program for Young Mothers	Les Maisons Transitionnelles O3 / Benny Farm Task Force
	48	Support to Young Mothers	Elizabeth House Foundation
	49	Community Support and Advocacy	NDG Community Council
	50	Table de concertation en matière de santé des tout-petits (0 à 5 ans)	Catholic Community Services, Black Women on the Rise, Project Chance, CLSC Metro, CLSC NDG/ Mtl O, CPE de Mon Coeur, Montreal Children's Library, Batshaw Youth and Family Centres, Black Community Resource Centre, Y des Femmes

	51	ROEJM Reseau des organismes et d'établissements oeuvrant auprès des jeunes mères et leurs enfants	Le Petit Revdev, Appartements supervisés pour jeunes mères Augustine Gonzalez, Au relais des jeune mères, Ma Place au soleil (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale), Y de femmes, MAP, Centres jeunesse de Montréal, Bureau de consultation jeunesse, L'Envol, GEM Petit Patrie), Familles en action (Pointe St-Charles), HAJEME (Habitation jeunes mères Pointe aux Trembles), ALAC (Association latino-américaine et multi-ethnique de Côte-des-Neiges)
	52	Art Therapy Agreement	Sheila Ostroff, Art Therapist
	53	HIPPY Program (Home Instruction for Parents of Pre-school Youngsters)	Centre for Literacy of Quebec
	54	Table Forum Jeunesse Centre Ville	Ecole FACE, Carrefour Jeunesse Emploi Centre-Ville, YMCA Centre-Ville, Y des Femmes, Centre Greene, Association Recreative Milton Parc, Tandem Montreal, Centre Generation Emploi, Arrondissement de Ville Marie, Ville de Montreal, CEDEC Montreal, Musee des beaux Arts de Montréal, Westmount Teen Centre TAG, CLSC Metro
Havre-Jeunesse	55	We have agreements of cooperation with all of these agencies, bodies etc. (unwritten) to allow us to service the clients which we receive through the Access department of Batshaw Youth and Family Centres	Batshaw Youth and Family Centres (Partner)
	56		Batshaw - Social Workers
	57		Batshaw - client ACCESS
	58		Batshaw - Back-up Programs
	59		Batshaw - School Programs (eg) Mountain View Focus
	60		Batshaw - Independent Living Programs (eg) Support Link, GAP
	61		Batshaw - Health Services (Nurse)
	62		Hospitals - Montreal Childrens Hospital - Montreal C.H. Adolescent Program - Montreal C.H. Dental Progam
	63		Police - (MUC) - Emergencies - Prevention - Information
	64		Public Schools
	65		Psychiatric Hospitals (eg) Douglas, Allen
	66		Amcal Family Services
	67		Other social Community Centres

ANNEXE 9

Proposition d'un cadre de référence pour les contrats entre les instances locales et les CHSGS

L'objectif de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est de s'assurer que l'ensemble de la population du territoire dispose du même niveau de services et ce, que l'instance locale regroupe ou non un CHSGS. À cet effet, elle compte utiliser les ententes entre les établissements afin d'assurer l'accès aux services.

Selon les orientations données par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur l'intégration des services de santé et des services sociaux[23], trois situations vont nécessiter le recours à des contrats afin d'assurer l'accès aux services :

- L'instance locale ne regroupe pas de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et doit signer une entente avec un CHSGS afin de pouvoir fournir le panier de services définis par le MSSS comme devant être dispensés localement. Les contrats ont, dans ce contexte, pour but de formaliser l'engagement des CHSGS non intégrés afin qu'ils fournissent le même niveau de services que s'ils avaient été intégrés aux instances locales.
- L'instance locale intègre un CHSGS mais celui-ci n'est pas en mesure de fournir l'ensemble des services faisant partie du panier de base. L'instance locale doit, à ce moment, procéder par contrat avec d'autres CHSGS afin d'offrir les services prévus.
- Les services spécialisés (2e ligne) et les services ultraspécialisés (3e ligne) dispensés par les centres hospitaliers à vocations régionale et suprarégionale, les centres jeunesses et les centres de réadaptation devront également être rendus disponibles. Une fois les contrats visant les services hospitaliers généraux et spécialisés de base complétés, l'Agence coordonnera cette seconde démarche qui verra à assurer la mise en place de corridors de services formalisés. Ces contrats devront prendre en compte les travaux des RUIS sur la définition du portfolio de services et les bassins de desserte afin d'assurer une complémentarité et une continuité des services.

Afin d'orienter et de soutenir la démarche de contrats que doivent faire les instances locales et les CHSGS pour garantir l'accès aux services, le présent texte vise à :
- déterminer la gamme de services et les éléments de gestion qui doivent être couverts par ces contrats;
- proposer un modèle d'entente de services à convenir entre les instances locales et les CHSGS.

Services et éléments de gestion devant être couverts par un premier contrat entre les instances locales et les CHSGS

L'identification de ces éléments s'est faite en tenant compte des balises nationales fournies par le MSSS (annexe 1) ainsi que des ententes qu'il est nécessaire de poursuivre afin de maintenir l'accès aux services (annexe 2).

Services et programmes

Garantir dans les deux mois suivant la signature du contrat:
- l'accès suivant à la population du territoire :

---

[23] MSSS, *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 3 février 2004.

- l'accès direct, pour les usagers référés par les médecins de l'instance locale, aux plateaux techniques et diagnostiques : radiologie, imagerie, analyse de laboratoire et ce, en fonction des ressources disponibles (budget régulier);
- l'accès supplémentaire aux services suivants : échographie, scanner et résonance magnétique, pour les usagers référés de façon urgente par les centres médicaux affiliés (CMA) afin d'éviter qu'ils soient dirigés vers les urgences. Cet accès sera assuré en fonction de l'achat de volumes spécifiques d'activités convenu entre les deux parties (budget additionnel consenti);
- l'accès prioritaire, pour les patients hébergés dans l'instance locale, aux plateaux techniques et diagnostiques (budget régulier).
- l'engagement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CHSGS à contribuer à l'activité de garde requise par l'instance locale en fonction des ressources disponibles et de modalités à définir conjointement;
- l'engagement des CHSGS à participer à la mise en place des réseaux intégrés par :
  - la garantie d'une présence mutuelle d'un représentant observateur aux comités de direction générale, aux CMDP ainsi qu'aux conseils d'administration,
  - le développement de mécanismes de liaison par programme.

Garantir subséquemment :

- l'accès de la population du territoire aux services généraux et spécialisés identifiés par le MSSS comme devant être dispensés par l'instance locale et ce, par la mise en place de modalités particulières.

Le contrat devra prévoir le dépôt à l'Agence d'un plan d'action conjoint portant sur les modalités prévues pour assurer l'accès à ces services et ce, dans un délai d'un an suivant sa signature.

Ententes de services existantes
Le maintien des ententes générales et spécifiques convenues entre les CLSC-CHSGS et entre les CHSLD-CHSGS jusqu'à la signature, lorsque requise, de nouvelles ententes avec l'instance locale. La liste de ces ententes est présentée à l'annexe 1.

Responsabilités des différents acteurs
Le CHSGS doit, en fonction des ressources dont il dispose :
- fournir l'accès requis aux plateaux techniques et diagnostiques selon des modalités à convenir avec l'instance locale;
- organiser ses services hospitaliers généraux et spécialisés en concertation avec l'instance locale et en complémentarité avec les services offerts par celle-ci.

L'instance locale doit :
- élaborer une offre de services intégrés qui tienne compte des services hospitaliers généraux et spécialisés offerts par le CHSGS;
- assurer les services requis par les usagers référés par le CHSGS selon des modalités à définir en fonction de la réalité de chacun des territoires.

Les deux parties doivent :

- établir des mécanismes de liaison;
- partager et transmettre l'information via des véhicules standardisés communs;
- évaluer les modalités de fonctionnement ainsi que la performance et la qualité des services;

- déposer et faire entériner par l'Agence un plan d'action portant sur les modalités devant permettre d'assurer l'accès à la gamme de services identifiés par le MSSS comme devant être rendus disponibles par l'instance locale.

Modalités lors de litige
- Les parties doivent convenir d'un mécanisme de litige dans les cas de conflit.

Durée du contrat
- Avec l'accord préalable de l'Agence, les parties peuvent modifier ce contrat qui est d'une durée illimitée. Il demeure ainsi en vigueur tant qu'un autre contrat ou modalité de fonctionnement, remplaçant explicitement le présent contrat et garantissant au minimum l'accès aux services inclus dans celui-ci, n'aura reçu l'accord de l'Agence.

Validité du contrat
- Avant d'entrer en vigueur, le contrat devra avoir été déposé et accepté par l'Agence puisqu'il est du mandat de celle-ci de préserver une vision régionale de l'organisation des services et d'assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services de sa région.

Modèle de contrat
Contrat entre le Centre de santé et de services sociaux et le CHSGS concernant les services hospitaliers généraux et spécialisés

Considérant, selon l'article 26 de la loi 25, l'obligation pour l'instance locale et le CHSGS d'établir, lorsque requis, une entente formelle afin d'assurer l'accès de la population du territoire local à tous les services hospitaliers généraux et spécialisés tels que définis par le MSSS;

Considérant les services disponibles à l'intérieur de l'instance locale;

Considérant les services disponibles par entente avec le Centre médical associé (CMA);

L'entente suivante sera conclue entre les parties

Le CHSGS
Représenté par :

Et

Le Centre de services sociaux et de santé
Représenté par

---

1. **Objets généraux**
   - Assurer à la population du territoire local un accès aux services hospitaliers généraux et spécialisés équivalent à celui fourni par les instances locales regroupant un CHSGS;
   - Consolider l'intégration et la continuité des services ainsi que la prise en charge globale des personnes du territoire;
   - Faciliter l'atteinte des objectifs de résultat fixés dans les ententes de gestion avec l'Agence.

2. Objets spécifiques

2.1 Garantir, par une collaboration efficace, de couvrir l'offre de services ci-dessous pour le territoire desservi par l'instance locale et ce, dans les deux mois suivants la signature de ce contrat :

- l'accès direct aux usagers référés par les médecins de l'instance locale aux plateaux techniques et diagnostiques : radiologie, imagerie, analyse de laboratoire et ce, en fonction des ressources disponibles (budget régulier);
- l'accès supplémentaire, aux usagers référés de façon urgente par les CMA afin d'éviter le recours aux services d'urgence des CHSGS, pour les services suivants : échographie, scanner et résonance magnétique et ce, en fonction de l'achat de volumes spécifiques d'activités convenu entre les deux parties (budget additionnel consenti);
- l'accès prioritaire pour les patients hébergés dans l'instance locale aux plateaux techniques et diagnostiques (budget régulier).

2.2 Garantir subséquemment à la population du territoire l'accès aux services généraux et spécialisés identifiés par le MSSS comme devant être dispensés par l'instance locale.

Les deux parties s'engagent à déposer à l'Agence, dans un délai d'un an suivant la présente signature, un plan d'action conjoint portant sur les modalités permettant d'assurer l'accès à ces services.

2.3 Maintenir et respecter, jusqu'à la signature de nouvelles ententes couvrant au minimum le même bassin de services, les ententes énumérées ci-dessous :
(énumération des ententes générales et spécifiques)

2.4 Participer à l'organisation et au bon fonctionnement des réseaux de services intégrés par :

- la garantie d'une présence mutuelle d'un représentant observateur aux comités de direction générale, aux CMDP ainsi qu'aux conseils d'administration;
- le développement de mécanismes de liaison par programme pour les programmes suivants :

1. Responsabilités des parties

3.1. Le CHSGS s'engage à :

- fournir, en fonction des ressources dont il dispose, l'accès requis aux plateaux techniques et diagnostiques ainsi qu'une contribution à l'activité de garde médicale que doit assurer l'instance locale selon des modalités à convenir avec celle-ci;
- organiser ses services hospitaliers généraux et spécialisés en complémentarité avec ceux offerts par l'instance locale.

3.2. L'instance locale s'engage à :

- élaborer une offre de services intégrés qui tienne compte des services hospitaliers généraux et spécialisés offerts par le CHSGS;
- assurer les services requis par les usagers référés par le CHSGS selon des modalités à définir en fonction de la réalité de chacun des territoires.

3.3. Les deux parties s'engagent à :

- établir des mécanismes de liaison;
- partager et transmettre l'information via des véhicules standardisés communs;
- évaluer les modalités de fonctionnement ainsi que la performance et la qualité des services;
- déposer un plan d'action portant sur les modalités prévues pour assurer l'accès à la population du territoire aux services généraux et spécialisés devant être dispensés par l'instance locale.

2. Modalités en cas de litige

Les parties ont convenu, en cas de conflit, du mécanisme de litige suivant :
(***à définir par les parties***)

3. Durée du contrat

Avec l'accord préalable de l'Agence, les parties peuvent modifier le présent contrat qui est d'une durée illimitée. Il demeure en vigueur tant qu'un autre contrat ou modalité de fonctionnement, remplaçant explicitement le présent contrat et garantissant au minimum l'accès aux services inclus dans celui-ci, n'aura reçu l'accord de l'Agence.

4. Validité du contrat

Le présent contrat a fait l'objet de l'accord de l'Agence nécessaire à sa validation.

ANNEXE 10

Cadre de référence pour une entente entre le CSSS et le CMA

LE CENTRE DE SANTÉ « x »
REPRÉSENTÉ PAR :

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)
REPRÉSENTÉ PAR : « y »
COORDONNATEUR DE LA TABLE SOUS-RÉGIONALE

LE CENTRE MÉDICAL ASSOCIÉ (CMA)
REPRÉSENTÉ PAR : « z »

DESCRIPTION DES PARTIES À L'ENTENTE

1.1 Le Centre de santé a son siège social au :

Son territoire desservi correspond aux territoires de desserte des CLSC suivants :

Rien dans la présente entente ne peut être interprété comme limitant la libre circulation de la clientèle.

1.2 Le DRMG

Le DRMG est constitué aux termes de l'article 417.1 de la LSSSS et est composé de tous les omnipraticiens du territoire qui facturent à la RAMQ. Il a, aux termes de l'article 417.2 et sous l'autorité du directeur général de l'Agence, un rôle de recommandation et de conseil sur tous les aspects de l'organisation des services médicaux de première ligne.

1.3 Le CMA

Le CMA est une entité légale sise au :
Ou
Le CMA est le résultat d'un consortium constitué de :

OBJECTIFS GLOBAUX DE L'ENTENTE

L'objectif global de l'entente est d'augmenter l'accessibilité aux services de prise en charge médicale pour des soins de première ligne pour la population du territoire et celle desservie par le CMA et ses satellites.

De façon plus spécifique, l'entente vise à articuler les services offerts par le CMA et ses sites satellites[24] d'une part, et par le CSSS, d'autre part, pour que le client ait accès via une porte d'entrée bien identifiée à une gamme continue de services requis par son état, dont notamment :

---

[24] Satellite : clinique, cabinet ou tout médecin omnipraticien qui accepte de se joindre aux efforts du CMA pour réaliser sa mission.

- Une accessibilité horaire élargie aux services qui constituera une alternative aux urgences ambulatoires et ainsi contribuera au désengorgement de celles-ci à travers une diminution de leur achalandage;

- Une prise en charge continue et complète par des médecins de famille;

- Une contribution à l'organisation de la prise en charge des clientèles orphelines et des clientèles vulnérables;

- L'accès aux plateaux techniques, à la consultation en spécialité et aux gestionnaires de cas des divers programmes du CSSS pour les cas urgents.

RESPONSABILITÉS DES PARTIES

3.1 Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) octroira :

- Un financement non récurrent des coûts reliés au démarrage du CMA (Annexe 1);

- Au financement récurrent des coûts reliés au fonctionnement de la présente entente (Annexe 2);

- Au financement des coûts d'informatisation de la liaison électronique entre le CSSS et le CMA.

3.2 Le CSSS assurera pour le bénéfice du CMA :

- Des corridors de services aux plages prioritaires réservées pour les analyses de laboratoires urgentes et les examens urgents d'imagerie, notamment les échographies et les scans;

- Un accès privilégié à la gamme de services actuellement offerts par ses CLSC;

- Les modalités de sa participation au processus d'évaluation des résultats acquis de l'entente;

- Les modalités de participation du responsable du CMA à son conseil d'administration.

3.3 Le DRMG :

Le DRMG s'assurera d'harmoniser les pratiques médicales, la gestion des plans d'effectifs médicaux et la gestion des ententes relatives aux PREM et AMP en créant des liens fonctionnels entre :

- Le CMDP du centre de santé;
- Le coordonnateur de secteur;
- Le médecin responsable du CMA.

3.4 Le CMA supportera l'offre de services suivante :

- Des services médicaux généraux de prise en charge;
- Des services médicaux sans rendez-vous selon un horaire de 14 heures par jour 7 jours/semaine.
- Une fonction liaison permettant en priorité de :

  a) Accorder une accessibilité accrue à la prise en charge des clientèles vulnérables en perte d'autonomie ou orphelines;
  b) Coordonner l'accès aux tests de laboratoire et d'imagerie médicale d'urgence;
  c) Coordonner l'accès à la consultation en spécialité et faciliter le retour du client avec son plan de soins.

- Une fonction inscription des clientèles vulnérables au sens de l'entente MSSS-FMOQ en vue d'une prise en charge au sein du réseau de point de service du CMA;
- Des soins infirmiers dispensés dans le cadre d'un continuum de services avec le CSSS et conformément à la description de tâches apparaissant en annexe;
- Un service de garde en disponibilité pour la clientèle du CMA inscrite dans un programme de soutien à domicile;
- Une coordination de ses activités avec celles des programmes de soutien à domicile du centre de santé et de services sociaux;
- Une participation active au programme régional d'évaluation des impacts du projet, portant notamment sur :

  - L'horaire de service;
  - Les volumes d'activités;
  - Les résultats atteints;
  - La pertinence des services urgents.

AUTRES DISPOSITIONS

- La gestion des mésententes;
- Le mécanisme de gestion des plaintes;
- Les ententes de collaboration avec les GMF;
- La confidentialité et gestion de la circulation des informations confidentielles;
- Durée de l'entente - Reconduction et annulation.

VALIDATION

La présente entente entre en vigueur le jour où l'Agence de développement l'aura approuvée.

ANNEXE 11

Liens antérieurs arrondissements-CLSC versus liens proposés arrondissements-centres de santé et de services sociaux

NOM DE L'ARRONDISSEMENT	AVANT NOMBRE DE CLSC TOUCHÉS	APRÈS NOMBRE DE CSSS TOUCHÉS
Dorval / L'Île-Dorval	1	1
Mont-Royal	1	1
Kirkland	1	1
Westmount	1	1
Outremont	1	1
L'Île-Bizard / Sainte-Geneviève / Sainte-Anne-de-Bellevue	2	1
Dollard-des-Ormeaux / Roxboro	1	1
Beaconsfield / Baie-d'Urfé	1	1
Pointe-Claire	1	1
Anjou	1	1
Côte-Saint-Luc / Hampstead / Montréal-Ouest	2	1
Verdun	1	1
Pierrefonds / Senneville	2	1
Saint-Léonard	1	1
Saint-Laurent	2	1
Montréal-Nord	1	1
LaSalle	1	1
Rivière-des-Prairies / Pointe-aux-Trembles / Montréal-Est	2	1
Ville-Marie	4	3
Sud-Ouest	3	1
Plateau-Mont-Royal	3	2
Mercier / Hochelaga-Maisonneuve	3	2
Ahuntsic / Cartierville	3	2
Rosemont / Petite-Patrie	6	3
Villeray / Saint-Michel / Parc-Extension	3	3
Côte-des-Neiges / Notre-Dame-de-Grâce	4	2
Lachine	1	1

ANNEXE 12

Modèle d'évaluation de la performance

Équité

Amélioration de la santé et du bien-être (Efficacité)	**Efficience**
État de santé et bien-être: Déterminants de la santé; Bien-être, mortalité, morbidité, incapacité. Impact des activités du réseau sur la santé: Impact sur la santé (amélioration/détérioration); Application des meilleures pratiques cliniques; Délais d'accès excessifs. Prévention et promotion de la santé: Application des mesures de prévention; Intégration de la prévention dans le système de soins.	Production de services (ajusté âge, sexe, lourdeur de cas...): Volume produit vs volume attendu; Durée moyenne de séjour. Gestion administrative et financière: Coûts attendus vs coûts réels (technique Bédard); Déficit et emprunt des établissements; Maintien et développement des actifs et immobilisations. Gestion des ressources humaines: Climat organisationnel (satisfaction, absentéisme...); Compétence et développement (formation continue...); Utilisation de la main d'œuvre.
Adaptation et relation avec la communauté	**Intégration et pertinence**
Satisfaction des usagers: Adaptation et relation à l'environnement : Adaptation aux besoins de la communauté desservie; Relation avec la communauté (fondations, associations, universités...)	Continuité et coordination des services: Pertinence des services: Application des meilleures pratiques de gestion; Utilisation des ressources selon les besoins des patients; Innovation.

Équité

Le modèle évalue l'équité dans l'accès aux services et dans les résultats de santé et de bien-être en fonction des différents facteurs socioéconomiques